



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Taru Hannele Korpi

SAIRAANHOITAJIEN NÄKÖKULMIA
VERIVAROTOIMIIN
HIV-POSITIIVISEN POTILAAN
INTRAOPERATIIVISESSA
HOITOTYÖSSÄ

Sosiaali- ja terveysala
2010

ALKUSANAT

Tämä opinnäytetyö valmistui keväällä 2010 Vaasan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan yksikössä.

Erityisesti haluan kiittää ohjaajana toiminutta Hanna-Leena Melenderiä hänen antamistaan neuvoista ja kannustuksesta työn eri vaiheissa. Kiitos myös alkuvaiheessa ohjaajana toimineelle Hannele Laaksole. Lisäksi lämmin kiitos Virpi Elomalle SPSS-ohjelmaan liittyvästä avunannosta. Haluan kiittää myös kaikkia opinnäytetyöni tutkimukseen osallistuneita sairaanhoitajia, jotka osallistumisellaan mahdollistivat tutkimukseni valmistumisen.

Vaasassa 13.1.2010

Taru Korpi

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Taru Korpi
Opinnäytetyön nimi	Sairaanhoitajien näkökulmia verivarotoimiin HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä
Vuosi	2010
Kieli	suomi
Sivumäärä	60 + 4 liitettä
Ohjaaja	Hannele Laaksonen & Hanna-Leena Melender

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla verivarotoimia intraoperatiivisessa hoitotyössä perioperatiivisten sairaanhoitajien näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, miten perioperatiiviset sairaanhoitajat kokevat verivarotoimet sekä selvittää, mikä on verivarotoimien merkitys perioperatiivisten sairaanhoitajien suhtautumisessa ja toimimisessa HIV-potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä. Tutkimus selvitti lisäksi sairaanhoitajien osaamisen tasoa verivarotoimien suhteen sekä kokevatko sairaanhoitajat verivarotoimia koskevan lisäperehdytyksen tarpeelliseksi.

Tutkimus oli luonteeltaan kvantitatiivinen, mutta kyselylomake sisälsi strukturoitujen väittämien lisäksi myös kaksi avointa kysymystä. Kysely suoritettiin erään sairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla kesäkuussa 2009. Kyselylomakkeita palautettiin 30 kappaletta. Vastausprosentiksi muodostui 60.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että perioperatiivisten sairaanhoitajien asenteet, toiminta ja osaaminen verivarotoimien suhteen olivat pääosin hyviä. Valtaosa perioperatiivisista sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että verivarotoimet lisäsivät turvallisuutta ja merkitsivät luotettavaa menetelmää suojautua veritartunnoilta toimittaessa tartuntavaarallisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä. Kuitenkin valtaosa tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista koki lisäperehdytyksen verivarotoimien suhteen tarpeelliseksi ja vähemmistö vastaajista koki perehdytyksen olleen riittävää. Jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan tutkimusta lisäperehdytyksen vaikuttavuudesta.

Asiasanat	Verivarotoimet, HIV-positiivinen potilas, perioperatiivinen sairaanhoitaja, intraoperatiivinen hoitotyö
-----------	---

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hoitotyön koulutusohjelma

ABSTRACT

Author	Taru Korpi
Title	Blood Handling Procedures in Treating an HIV-Patient in Intraoperative Nursing
Year	2010
Language	Finnish
Pages	60 + 4 Appendices
Names of Supervisors	Hannele Laaksonen & Hanna-Leena Melender

The purpose of this bachelor's thesis was to describe blood handling procedures in treating an HIV-patient in intraoperative nursing from the nurses' point of view. A further purpose was to find out how much nurses know about blood handling procedures and if there is a need for further education. The aim was to find out what kind of experiences nurses have on blood handling procedures and what the meaning of these experiences is for treating an HIV-patient in intraoperative nursing.

The study is quantitative but the questionnaire had also two open ended questions in addition to the structured statements. The study was carried out in a surgery and anesthesia unit in a hospital in June 2009. Thirty (30) questionnaires were returned. The response rate was 60.

The study results suggest that perioperative nurses' attitudes, work and skills in connection to blood handling were mostly good. The majority of the perioperative nurses thought that following blood handling procedures increased their safety and was a reliable method in protecting oneself against blood-borne infections when they work in the intraoperative nursing with an infected patient. However, a majority of the respondents felt that there is a need for further education. A minority of the respondents felt that the introduction had been sufficient. A further research could focus on studying what kind of effect a further education has on the nurses and their skills and experiences.

Keywords	Blood handling procedures, HIV-positive patient, Perioperative nurse, Intraoperative nursing
----------	---

SISÄLLYS

ALKUSANAT	2
TIIVISTELMÄ	3
ABSTRACT	4
LIITELUETTELO	7
1 JOHDANTO	8
2 HIV-INFEKTIO	9
2.1 Taudinkuva ja taudin toteaminen HIV-infektiossa	9
2.2 HIV-infektion hoitomuodot	10
2.3 HIV-infektion yleisyys ja levinneisyys	11
3 INTRAOPERATIIVINEN HOITOTYÖ	13
3.1 Intraoperatiivisen hoitotyön periaatteet	13
3.2 Perioperatiivinen sairaanhoitaja intraoperatiivisessa hoitotyössä	13
3.2.1 Anestesiahoitaja	14
3.2.2 Instrumentoitu ja leikkauksessa valvova sairaanhoitaja	14
4 VERITARTUNTAVAARA JA TARTUNNAN EHKÄISEMINEN HOITOTYÖSSÄ	16
4.1 Tartuntavaara ja -reitit	16
4.2 Veritartunnan ehkäiseminen	17
4.2.1 Aseptiikka tartunnan ehkäisyssä	17
4.2.2 Tavanomaiset varotoimet	18
4.2.3 Verivarotoimet	19
4.3 Ensiapu veritapaturman sattuessa	22
5 HIV-POTILAAN KOHTAAMINEN	24
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	26
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	27
7.1 Tutkimusmenetelmä	27

7.2	Kohderyhmä.....	27
7.3	Aineiston keruu	27
7.4	Aineiston analysointi.....	29
8	TUTKIMUKSEN TULOKSET	31
8.1	Vastaajien taustatiedot	31
8.2	Sairaanhoitajien näkemyksiä verivarotoimien merkityksestä HIV- positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä	33
8.3	Sairaanhoitajien näkemyksiä asenteista ja toiminnasta verivarotoimien suhteen.....	34
8.4	Sairaanhoitajien näkemykset osaamisensa tasosta verivarotoimitilanteissa	35
8.5	Tutkittavien iän yhteys näkemyksiin verivarotoimista HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä.....	37
8.6	Tärkeimpinä koetut verivarotoimenpiteet	47
8.7	Lisäperehdytyksen tarpeellisuus	48
9	POHDINTA	51
9.1	Tutkimustulosten tarkastelua	51
9.2	Tutkimuseettiset kysymykset	53
9.3	Tutkimuksen luotettavuus	54
9.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	55
	LÄHDELUETTELO.....	57

LIITELUETTELO

Liite 1	Saatekirje
Liite 2	Kyselylomake
Liite 3	Kysymyksen 7 vastausten sisällön analyysin kuvaus
Liite 4	Kysymyksen 8 vastausten sisällön analyysin kuvaus

1 JOHDANTO

Viime vuosien aikana HIV-tartuntojen määrä on lähtenyt nousuun niin maailmalla kuin Suomessakin. HIV-tartuntojen lisääntyessä tiedon tarve HIV-potilaan hoitotyöstä on lisääntynyt. Toisin kuin muualla maailmassa, Suomessa ei vielä ole todettu työperäisiä HIV-tartuntoja.

Hoitohenkilökunnan tietojen ja asenteiden selvittäminen tartuntavaarallisista potilaista on tärkeää, jotta hoitotyön kehittäminen olisi mahdollista sitä mukaa, kun koulutuksellisia tarpeita saadaan esille. Tämän päivän haasteena on se, miten perus-, jatko- ja täydennyskoulutus järjestetään tartuntatautien osalta niin, että se vastaisi nykyisiin ja tuleviin tarpeisiin. (Suominen, Vänskä, Välimäki, Aro, Kisper Hint & Blek-Vehkaluoto 2007, 11-12.) HIV-infektiota ei automaattisesti käsitellä sosiaali- ja terveysalan opetussuunnitelmissa, vaan aiheeseen paneutuvat tarkemmin vain muun muassa aiheeseen liittyvän opinnäytetyön tekijät. Laajemmin aihetta ei käsitellä. (Hirvinen, Korte, Mäkinen & Pesonen 2007, 34-35.)

Tässä opinnäytetyönä tehdyssä tutkimuksessa kerätään tietoa leikkaussalisairaanhoitajien näkemyksistä ja tietopohjasta HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä tarvittavista verivarotoimista. Tutkimus myös selvittää, kokevatko sairaanhoitajat lisäperehdytyksen tarvetta verivarotoimia koskien.

Opinnäytetyön tekijän mielenkiintoon aihetta kohtaan vaikutti perioperatiivinen suuntautuminen sekä HIV-positiivisen potilaan kohtaamiseen ja verovarotoimien toteutukseen liittyvä omakohtainen kokemus opiskeluajalta. Aiheesta ei löytynyt aiempia tutkimuksia. Leikkaussalisairaanhoitajien näkökulmia tästä aiheesta on tärkeää kartoittaa heidän näkemystensä ja valmiuksiensa esilletuomiseksi.

2 HIV-INFEKTIO

2.1 Taudinkuva ja taudin toteaminen HIV-infektiossa

Ihmisen puolustusjärjestelmä on jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristön vieraiden mikrobien kanssa ja puolustusjärjestelmän tehtävä on suojata elimistöä näiltä vierailta mikrobeilta (Hiltunen, Holmberg, Kaikkonen, Lindblom-Yläne, Nienstedt & Wähälä 2005, 202). Infektio on siis tartunta, joka aiheutuu, kun elollinen taudinaiheuttaja pääsee tunkeutumaan elimistöön (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2005, 93). HIV (Human Immunodeficiency Virus) eli ihmisen immuunipuutosvirus aiheuttaa vaurioita ihmisen luonnolliseen puolustusjärjestelmään. HI-virus tuhoaa veren valkosoluja ja aiheuttaa pysyvän infektion, josta seuraa elimistön puolustusjärjestelmän toiminnan heikkeneminen. (Punainen Risti 2009.)

HIV kuuluu niin sanottujen lehtivirusten ryhmään ja se on ensimmäinen ihmisellä todettu lehtivirus. Ominainen piirre lehtiviruksille on hidas patogeneesi, mikä tarkoittaa sitä, että virus aiheuttaa hitaasti etenevän kroonisen sairauden. (Valkonen 2008, 17.) Sairauden viimeinen vaihe AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) eli immuunipuutosoireyhtymä tarkoittaa sitä, että ihmisen puolustusjärjestelmään on syntynyt jo merkittävästi vaurioita, jotka ovat huomattavasti alentaneet elimistön puolustuskykyä tauteja vastaan. (Punainen Risti 2009.) HIV-positiivinen potilas on henkilö, joka on saanut HI-viruksen esimerkiksi veriteitse saastuneiden neulojen tai ruiskujen välityksellä, sukupuoliyhteydessä tai jo sikiöaikana tai synnytystilanteessa tartunnan saaneelta äidiltä (Anttila, Hannu, Hovi & Taskinen 2008, 12-13).

HIV-vasta-aineiden muodostumisen tiedetään kestävän noin 2-8 viikkoa HIV-tartunnan saaneen ihmisen elimistössä. Lähes kaikilla tartunnan saaneilla vasta-aineita on veressä kolmen kuukauden kuluttua tartunnasta, jolloin tartunta voidaan todeta. Laboratoriotutkimuksissa vasta-ainetestien avulla voidaan lähes sataprosenttisella luotettavuudella osoittaa HIV-tartunta. Käytännössä virheellisiä tuloksia ei saada kuin liian varhaisessa vaiheessa otetuista näytteistä. Vasta-ainetesti toistetaan aina, mikäli tulos on positiivinen. Näin voidaan varmistua

testin oikeasta tuloksesta ja sulkea pois virheellisen positiivisen tuloksen mahdollisuus. (Anttila ym. 2005, 115-116.)

HIV-vasta-aineiden muodostumiseen kuluvien viikkojen jälkeen noin 40 prosentille tartunnan saaneista kehittyy sairauden ensitauti. Ensitaudin kesto vaihtelee muutamasta päivästä muutamaan viikkoon ja sen oireita voivat olla kuume, päänsärky, kurkkukipu, imusolmukkeiden suureneminen sekä ihottuma. Ensitaudin oireet voivat olla lieviä, minkä vuoksi niiden erottaminen muista akuuteista virusinfektioista voi olla vaikeaa. (Ristola 2005, 380.) Osa HIV-tartunnan saaneista ei kuitenkaan tartunnan jälkeen kärsi välittömästi minkäänlaisista oireista ja HIV-infektio voikin pysyä oireettomana vuosikausia (Ristola 2005, 380; Anttila ym. 2008, 13). Sairauden ensitautia seuraa oireeton vaihe, jonka kesto on tavallisesti 6-10 vuotta. Osalla HIV-potilaista infektio etenee kuitenkin selvästi keskimääräistä nopeammin ja potilaalle kehittyy taudin AIDS-vaihe jo muutaman vuoden kuluessa. Mikäli viruskuorma on suuri, HIV-infektio etenee nopeammin. (Laine & Mikkola 2008, 1099.) HIV-tartunnan saaneista vain noin viidellä prosentilla sairauden eteneminen AIDS-vaiheeseen kestää yli 15 vuotta. Ennen AIDS-vaihetta potilaalle voi heikentyneestä immunitetisuojusta johtuen kehittyä erilaisia sairauksia kuten esimerkiksi keuhkokuume tai vyöruusu. AIDS-vaiheen katsotaan alkavan, kun HIV-potilaalle kehittyy jokin seurannaistaudeista. Tällainen seurannaistauti johtaa AIDS-diagnoosiin. (Ristola 2005, 380.)

2.2 HIV-infektion hoitomuodot

HIV-infektion hoitotulokset ovat viime vuosina huomattavasti parantuneet. Vaikka parantavaa hoitoa tai rokotetta ei ole pystyttykään kehittämään, uusilla HIV-virukseen kohdistuvilla lääkkeillä on päästy hyviin, potilaiden elinikää pidentäviin hoitotuloksiin. Kun HIV-tartunnan saanut henkilö hakeutuu varhaisessa vaiheessa seurantaan ja hoitoon, voidaan taudin eteneminen pysäyttää ja infektion kehitys AIDS-vaiheeseen estää nykyisellä yhdistelmälääkityksellä lähes aina. (Anttila ym. 2008, 13.) Lääkkeiden avulla pyritään saamaan veren HIV-pitoisuus mittauskynnyksen alapuolelle, jolloin taudin eteneminen pysähtyy ja immunitettipuutos korjaantuu (Anttila, Hannu, Hovi & Taskinen 2008, 13).

Lääkettä tarjotaan tartunnan saaneille aina, sillä hoito tehoaa parhaiten, kun se aloitetaan pian ensitaudin jälkeen (Anttila ym. 2005, 116). Lääkehoitoa ei kuitenkaan yleensä tarvitse aloittaa taudin varhaisessa ja oireettomassa vaiheessa (Anttila ym. 2008, 13). Potilaat hyötyvät aloitetusta lääkehoidosta vielä taudin AIDS-vaiheessakin (Anttila ym. 2005, 116).

HIV-hoitotyö kehittyi nopeasti ja uusia lääkkeitä tulee käyttöön jatkuvasti. Länsimaissa HIV-infektio on muuntunut nopeasti etenevästä infektiautaudista krooniseksi sairaudeksi. Asia on näin kuitenkin vain, mikäli potilas onnistutaan sitouttamaan omaan hoitoonsa ja hoito toteutetaan yhteistyössä potilaan kanssa. (Korte 2008, 45.) Hoitohenkilökunnan luonteva asennoituminen luo kulmakiven HIV-positiivisen potilaan hoidon onnistumiselle (Hirvinen, Korte, Mäkinen & Pesonen 2007, 34), mutta myös potilaan oma sitoutuminen lääkehoitoon on tärkeää hoidon onnistumisen kannalta. Jos potilas ei käytä lääkkeitä säännöllisesti, voi HIV kehittyä vastustuskykyiseksi lääkehoidolle, mikä huonontaa hoidon tehoa merkittävästi. (Anttila, Hannu, Hovi & Taskinen 2008, 13.) Lääkkeiden lopettamisen myötä veren viruspitoisuus palautuu nopeasti aikaisemmalle tasolle. Lääkitys ei paranna HIV-infektiota, joten tartunta voi tapahtua tautia sairastavasta potilaasta, vaikka potilaan veren HIV-pitoisuus olisikin saatu lääkkeiden avulla pienemmäksi. (Anttila ym. 2005, 116; Ristola 2005, 381.)

2.3 HIV-infektion yleisyys ja levinneisyys

Maailman terveysjärjestö (WHO) arvio maailmassa olleen noin 5 miljoonaa uutta HIV-tartuntaa vuonna 2004. Taudin AIDS-vaiheeseen kuoli tuolloin noin 3 miljoonaa ihmistä. (Laine & Mikkola 2008, 1099.) Vuoden 2006 lopulla maailmassa oli WHO:n arvion mukaan jo noin 40 miljoonaa HIV-tartunnan saanutta ihmistä (Anttila, Hannu, Hovi & Taskinen 2008, 12).

Myös Suomessa uusien HIV-tartuntojen määrä on lähtenyt viime vuosina nousuun. HIV-tartuntoja raportoitiin 2000-luvun alkupuolella olevan vuosittain noin 130. Vuoden 2007 loppuun mennessä vuosittaiset tartuntatapaukset olivat nousseet 193 tapaukseen. (Anttila ym. 2008, 12.) Vuoden 2005 lopulla tartuntoja oli maassamme lähes noin 1900 (Suominen, Vänskä, Välimäki, Aro, Kisper Hint

& Blek-Vehkaluoto 2007, 10) ja vuoden 2007 loppuun mennessä HIV-tartunnan saaneita ilmoitettiin olevan 2267 kappaletta (Anttila ym. 2008, 12). Vaikka Suomessa ei ollut toistaiseksi vielä vuoteen 2008 mennessä raportoitu yhtään työperäistä HIV-tartuntaa, muun muassa HUS-piirissä työperäisistä altistumisista on raportoitu. Raportoiduista 500 vuosittaisesta verialtistustapaturmasta noin kymmenesosassa tapauksista altistuksen lähteen tiedettiin olevan veriteitse tarttuvan virustaudin kantaja. Noin kymmenessä tapauksessa näistä noin viidestäkymmenestä tapauksesta oli kyse HIV-kantajuudesta. (Anttila ym. 2008, 13, 17.)

Toisin kuin Suomessa, muualla maailmassa työperäisiä HIV-tartuntoja on tapahtunut ja maailmassa ilmoitettiin joulukuuhun 1995 mennessä 223 varmaa tai mahdollista työperäistä HIV-tartuntaa. Yhdysvalloissa terveydenhuollon työntekijöiden keskuudessa varmoja työperäisiä HIV-tartuntoja oli vuoden 2001 loppuun mennessä raportoitu 57 kappaletta. (Anttila ym. 2008, 13.) HIV-tartuntojen lisääntyessä tiedon tarve HIV-potilaan hoitotyöstä on lisääntynyt ja tulee tulevaisuudessa lisääntymään (Hirvinen ym. 2007, 34).

3 INTRAOPERATIIVINEN HOITOTYÖ

3.1 Intraoperatiivisen hoitotyön periaatteet

Leikkaussalihoitotyön intraoperatiivinen vaihe alkaa potilaan vastaanottamisesta leikkausosastolle ja käsittää potilaan leikkaussalissa sekä heräämössä saaman hoidon (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 20-21; Anttila ym. 2005, 77). Intraoperatiivisen vaiheen aikana potilas saa tarvitsemansa kirurgisen hoidon ja anestesianmuoto valitaan toimenpiteen edellytysten mukaisesti. Intraoperatiivinen hoitotyö on moniammatillista yhteistyötä, jossa perioperatiivisen hoitohenkilöstön tehtävänä on auttaa ja tukea leikkauspotilasta ja edistää hänen hyvinvointiaan. Intraoperatiivinen vaihe päättyy, kun potilas vastaanotetaan valvontayksikköön. (Lukkari ym. 2007, 20-21.)

Turvallisuus, rauhallisuus ja intymiteettisuoja korostuvat kirurgisen hoidon intraoperatiivisessa vaiheessa. Potilaan tulee voida luottaa siihen, että henkilökunta noudattaa aseptista työskentelyä ja huolehtii, ettei leikkausalueelle pääse mikrobeja (Anttila ym. 2005, 77) tai etteivät mikrobit pääse siirtymään potilaasta toiseen (Tenhunen 2005, 12). Johdonmukaisesti aseptisia työtapoja noudattava henkilökunta huolehtii näin leikkauspotilaan turvallisuudesta (Anttila ym. 2005, 77). Potilaan ja sairaanhoitajan välistä vuorovaikutusta pidetään merkittävänä potilaan hoitokokemuksen muodostumiselle (Lukkari ym. 2007, 21).

3.2 Perioperatiivinen sairaanhoitaja intraoperatiivisessa hoitotyössä

Perioperatiivinen sairaanhoitaja työskentelee leikkaus- ja anestesia-sairaanhoidon alueella ja toimii hoitotyön asiantuntijana auttaen potilasta hoitotyön keinoin säilyttämään ja saavuttamaan tasapainotilan leikkaus- ja anestesiahoidon aikana kunkin potilaan yksilölliset tarpeet huomioiden. Leikkaussalissa työskentelevä sairaanhoitaja toimii potilaan edunvalvojana silloin, kun potilas itse ei kykene osallistumaan hoitoonsa. Tällainen tilanne tulee vastaan erimerkiksi silloin, kun potilas nukutetaan. Tavallisesti leikkaus- ja anestesiahoitotyön työtiimiin kuuluu anestesia-lääkärin ja kirurgin lisäksi kolme sairaanhoitajaa, joista kullakin on omat työtehtävänsä ja vastualueensa leikkaus- ja anestesiahoitotyön prosessissa.

(Jääskeläinen 2009.) Nämä sairaanhoitajat ovat anestesiasairaanhoitaja, instrumentoiva sairaanhoitaja sekä valvova sairaanhoitaja.

3.2.1 Anestesiasairaanhoitaja

Anestesia tarkoittaa leikkauksen aikaista kivuttomuutta ja tunnottomuutta, joka saadaan aikaan nukuttamalla potilas tai puuduttamalla tietty osa potilaan elimistöstä. Anestesian tarkoitus on myös luoda hyvät työskentelyolosuhteet leikkaavalle kirurgille. Lisäksi hyvin toteutettu anestesia tarkoittaa mahdollisimman kivutonta olotilaa leikkauksen jälkeen nukutuksen tai puudutuksen päätyttyä. (Virtanen 2007.)

Leikkaussalihoitotyössä anestesiasairaanhoitaja toimii anestesia­lääkärin kanssa työparina, jonka tehtävä on toteuttaa, ylläpitää ja valvoa potilaan anestesiaa. Anestesiahoitaja vastaa potilaan anestesian aikaisesta tarkkailusta ja hoidosta anestesia­lääkärin ohjeiden mukaisesti. (Lukkari ym. 2007, 303.)

Anestesiasairaanhoitaja arvioi leikkauksen aikana preoperatiivista tietoa potilaasta ja vastaa leikkausta edeltävistä anestesiavalmisteluista. Hän avustaa anestesian aloittamisessa, sen päättämässä sekä anestesiaan liittyvissä toimenpiteissä. Anestesiahoitaja voi ylläpitää suunniteltua anestesiaa joko itsenäisesti tai lääkärin kanssa. Anestesiahoitaja myös kirjaa ja tiedottaa potilaan leikkaussalihoitoa koskevista asioista ja vastaa tiedotuksesta potilaan jatkohoitopaikkaan siirtymisen yhteydessä. (Lukkari ym. 2007, 304.)

3.2.2 Instrumentoiva ja leikkauksessa valvova sairaanhoitaja

Instrumentoivan sairaanhoitajan tehtäviä ja vastuualueita ovat paitsi steri­liteetistä ja aseptiikasta huolehtiminen, myös leikkauksen ja toimenpiteen etenemisen seuraaminen, siinä avustaminen sekä instrumentointi eli instrumenttien ja muiden leikkauksessa tarvittavien välineiden ojentaminen kirurgille leikkauksen kulun mukaisesti. Instrumentoiva sairaanhoitaja toimii omassa työssään aseptisen omantunnon ja aseptisten työtapojen mukaisesti, jolloin hän pystyy parhaiten vaikuttamaan siihen, ettei potilaan leikkaushaava infektoidu. Instrumentoiva sairaanhoitaja huolehtii kaikkien leikkauksessa käytettävien instrumenttien ja

välineiden oikeaoppisesta, potilaalle turvallisesta ja aseptisesta käsittelystä sekä välineiden toimivuudesta. (Lukkari ym. 2007, 334-338.)

Leikkaussalissa valvova sairaanhoitaja huolehtii yhteistyössä instrumentoivan sairaanhoitajan kanssa aseptiikan toteutumisesta ja turvallisen hoitoympäristön säilyttämisestä sekä potilaan turvallisuudesta ja muun muassa oikeanlaisesta leikkausasennosta. Valvova sairaanhoitaja avustaa tarvittaessa sekä leikkaus- että anestesiaryhmää ja tarpeen tullen auttaa myös itse toimenpiteessä. Hän huolehtii kirjaamisesta ja tarvittavien lisävälineiden hakemisesta. Valvovan sairaanhoitajan kokemus perioperatiivisessa hoitotyössä on tärkeää etenkin äkillisissä tilanteissa, joissa tulisi pystyä toimimaan nopeasti ja joustavasti. (Lukkari ym. 2007, 348-349.)

Yhdessä instrumentoiva sairaanhoitaja ja valvova sairaanhoitaja huolehtivat leikkauksessa käytettävien välineiden lukumäärästä. Välineet lasketaan ennen leikkauksen alkamista, ennen haavan tai jonkin leikkauksessa avatun kehonontelon sulkemisen aloitusta, ennen kuin ihoa aletaan ommella, kun leikkaus on päättynyt ja myös mikäli instrumentoiva hoitaja vaihtuu leikkauksen aikana. Instrumentoiva ja valvova sairaanhoitaja myös tiedottavat hoidosta aiheutuneista tai muista hoitoon liittyvistä asioista toisilleen, kirurgille sekä anestesiaryhmälle. (Lukkari ym. 2007, 334-338, 348-349.)

4 VERITARTUNTAVAARA JA TARTUNNAN EHKÄISEMINEN HOITOTYÖSSÄ

4.1 Tartuntavaara ja -reitit

HIV-infektio on enenevässä määrin arkipäivää sekä perusterveydenhuollon, että erikoissairaanhoidon piirissä. HIV-tartunnan saaneen kohtaaminen voi olla vaikeaa ja aiheuttaa epävarmuutta sairaanhoitajille muun muassa omien ammattitaitojen suhteen. (Hirvinen ym. 2007, 34.) Eristyksiä tarvitsevat potilaat ovat kuitenkin tulleet sairaaloihin jäädäkseen ja heitä tulee hoitaa mahdollisimman hyvin, suojaten myös heitä mahdollisilta sairaalassa tapahtuvilta tartunnoilta ja näin pyrkiä vähentämään inhimillistä kärsimystä (Saarinen 2006, 24).

Veritartuntavaara on olemassa sellaisilla aloilla, joilla on mahdollisuus saada veritartunta, kun joudutaan kosketuksiin ihmisveren tai muiden tartuntavaaraa aiheuttavien kehon nesteiden ja aineiden kanssa. Tartuntaa voivat levittää veren ja seerumin lisäksi siemenneste, vaginaerite, nivelneste, keuhko- tai sydänpussin neste, vatsaontelon neste, amnioneste, selkäydinneste, (Anttila ym. 2008, 14-15) lapsivesi, verelle kontaminoituneet eritteet sekä luuydin. Virusten pitoisuudet muissa kehon nesteissä ovat kuitenkin vereen verrattuna pienet, joten tartuntamahdollisuus niiden kohdalla on vähäinen. Virtsa, uloste, sylki, oksennus, kyynelneste, hiki ja nenäeritteet eivät ole tartuntavaarallisia, mikäli niissä ei ole näkyvää verta. (Ristola 2005, 381.) Tavallisissa hoitokontakteissa HIV-tartuntoja ei ole todettu syntyneen (Anttila ym. 2005, 117).

Muiden veriteitse tarttuvien tautien tavoin HIV muodostaa terveydenhuollon henkilökunnalle tartuntavaaran hoitotyössä. Tartunta voi tapahtua muun muassa verelle infektoituneesta neulasta pistotapaturman seurauksena tai kun infektoitunutta verta muulla tavoin joutuu ihorikkoalueelle, silmiin tai limakalvolle. (Roberts, Alhava, Höckerstedt & Kivilaakso 2004, 60.)

Riski saada työperäinen HIV-tartunta neulanpistotapaturmissa on noin 0,3 prosenttia (Heikkinen 2003, 9; Roberts ym. 2004, 60). Suomessa ei ole todettu

vielä toistaiseksi yhtäkään työperäistä HIV-tartuntaa eli riski saada työperäinen tartunta on hyvin alhainen. Työolosuhteisiin ja suojamenetelmiin on kuitenkin syytä kiinnittää huomiota ja niihin olisi hyvä tehdä parannuksia ja tarkennuksia. Suunnitelmallisuudella ja rauhallisuudella voidaan estää uusien tartuntojen tapahtuminen muun muassa neulanpistotapaturmien, viiltovammojen sekä roiskeiden välityksellä. Vahinkoihin on hyvä varautua ja jokaisen on tärkeää tietää, millä tavoin verialtistustilanteessa tulee menetellä. (Heikkinen 2003, 9.)

4.2 Veritartunnan ehkäiseminen

Infektioriski on aina ollut osa terveydenhuoltotyötä. Työntekijöiden kannalta tartuntariski HIV-infektiossa on yksi merkittävimmistä tautiriskeistä. Suurimmassa osassa infektiotapauksista yksi tai useampi infektioiden torjunnan peruseriaaiteista on jäänyt noudattamatta. (Kujala, Anttila & Tikkanen 2005, 631, 634.)

Tiedon saaminen ja oikeiden työskentelytapojen oppiminen ovat tärkeitä tapaturmien välttämiseksi. Korkeatasoinen käsihygienia, oikeaoppinen suojakäsineiden käyttö sekä käsien terve iho antavat parhaan mahdollisen suojan taudinaiheuttajia vastaan. Niistä tulisikin huolehtia, sillä koskaan ei voida olla täysin varmoja siitä, ketkä potilaista ovat veren välityksellä tarttuvan taudin kantajia. (Heikkinen 2003, 9.) Verta on siis aina pidettävä tartuntavaarallisena ja veren tai veristen eritteiden käsittelyn tulee aina olla sellaista, ettei siitä aiheudu työntekijälle infektioriskejä (Anttila ym. 2008, 25).

4.2.1 Aseptiikka tartunnan ehkäisyssä

Aseptiikka on yksi hoitotyön peruseriaaiteista. Aseptista työjärjestystä noudatettaessa edetään puhtaammasta likaiseen päin. Se on työskentelytapa, jonka pyrkimyksenä on kaikin mahdollisin tavoin estää mikrobien pääsy kudoksiin tai steriiliin materiaaliin. Aseptista työtappaa noudatettaessa pyritään toimimaan niin puhtaasti kuin mahdollista ja näin omalla toiminnalla ehkäisemään tartuntojen leviäminen potilaiden ja hoitavan henkilökunnan välillä. (Kassara, Paloposti, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2005, 83.)

4.2.2 Tavanomaiset varotoimet

Tavanomaisten varotoimien tarkoituksena on torjua mikrobien siirtymistä potilaiden sekä työntekijöiden välillä. Kosketus- ja veritartunnan mahdollisuus pyritään näin ennaltaehkäisemään. Tavanomaisia varotoimia tulisi noudattaa jokaisen potilaan kohdalla huolimatta siitä, onko potilaalla todettu tarttuvaa infektiota tai onko hänen vastustuskykynsä heikentynyt. (Tenhunen 2005, 7-12.)

Hyvä käsihygienia on tavanomaisten varotoimien perusta. Käsihygienialla pyritään vähentämään infektiota aiheuttavien mikrobien siirtymistä käsien välityksellä toimenpiteiden aikana. Käsihygieniaan kuuluvat pesu ja desinfektio, käsien ihon hoito sekä suojakäsineiden käyttö. Terve ja ehjä iho suojaa parhaiten taudinaiheuttajilta ja jokaisen hoitotyöntekijän tulisikin huomioida käsiensä kunto. Mitkään ylimääräiset esineet, kuten rannekello tai sormukset eivät kuulu työasuun. Hyvien työskentelytapojen sisäistäminen helpottaa toimimista myös leikkaustoimenpiteissä. (Tenhunen 2005, 7-13.)

Hoitoympäristön puhtaana pitäminen sekä eritetahradesinfektio ovat tärkeä osa tavanomaisia varotoimenpiteitä. Eritetahradesinfektiota pidetään käsidesinfektion ohella yhtenä tärkeimmistä yksittäisistä tartuntatiet katkaisevista toimenpiteistä ja näkyvät veritahrat tulisikin pyrkiä poistamaan heti, kun ne on havaittu. Ympäristön puhtaana pitämisen sekä eritetahradesinfektion tarkoituksena on pyrkiä estämään mikrobien siirtyminen ympäristön esineisiin sekä potilaan hoidossa käytettäviin välineisiin. (Tenhunen 2005, 12-13.)

Tavanomaisista varotoimista kaikkein huonoimmin toteutuu pisto- ja viiltovahinkojen ennalta estäminen. Tällaisten vahinkojen välttämisessä on kyse paitsi hoitavan henkilön omasta turvallisuudesta, myös työtovereiden turvallisuudesta. Pisto- ja viiltovahinkojen välttämisellä pyritään estämään työperäisiä veritartuntoja. Huomattava osa terveydenhuollossa tapahtuvista pisto- ja viiltovahingoista jää ilmoittamatta. (Syrjälä 2005, 28.) Vuonna 2001 uudistettiin työterveyshuoltolaki (L1383/2001), jonka tarkoituksena on, että työnantaja, työntekijä sekä työterveyshuolto yhdessä edistävät työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, työn ja työympäristön terveellisyyttä ja

turvallisuutta, työntekijöiden terveyttä ja toimintakykyä sekä työyhteisön toimintaa. (Kujala ym. 2005, 630.)

4.2.3 Verivarotoimet

Tartuntavaara on aina olemassa hoidettaessa HI-virusta kantavia potilaita. Hoitotyöntekijöiden tulisi olla jatkuvasti valppaina ja tietoisia ennaltaehkäisevistä toimenpiteistä infektioiden torjumiseksi. Tavanomaiset varotoimet ovat olennainen ja tärkeä osa HIV-positiivisten potilaiden hoitoa. (Leelanukrom, Ruenreong & Pancharoen, Chitsanu 2007, 517.)

Kun tavanomaisia varotoimia tiukempia toimintakeinoja käyttämällä pyritään estämään infektioiden leviäminen, on kyse eristysleikkauksesta (Saarinen 2006, 23). Eristysleikkauksessa verivarotoimien avulla pyritään estämään veren välityksellä tapahtuva tartunta, kun potilaalla tiedetään tai epäillään olevan veren välityksellä leviävä sairaus, kuten esimerkiksi HI-virus (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin sairaalahygienia 2007). Ennen operaatiota potilaalle on tärkeää selvittää valmisteluiden ja leikkauksessa käytettävien suojatoimien merkitys (Roberts ym. 2004, 60).

Veritartunnan ennaltaehkäisyssä on tärkeää tiedottaa sairaudesta, sen tartuntatavoista sekä riskitilanteista. Tiedottamisen tavoitteena on, että jokainen motivoituisi käyttäytymään niin, että tartuntariski olisi mahdollisimman pieni. (Anttila ym. 2005, 117.) Osaston tai toimenpidettä pyytävän tahon velvollisuutena on informoida toimenpideyksikköä todetusta veriteitse tarttuvasta taudista. Varotoimien tulee toteutua kaikissa hoitotoimissa, jotta sekä henkilökunta että muut potilaat saisivat mahdollisimman hyvän suojan veritartunnan ehkäisemiseksi. (Infektioyksikkö 2009, 13-14.) Etukäteen saatu tieto edesauttaa eristyksen onnistumista ja myös suunnitelmallisuus on eristysleikkauksen onnistumisen kannalta tärkeää (Saarinen 2006, 23). Koskisen & Mäkisen (2008,152) mukaan HIV-positiivisen potilaan leikkauspäätös tehdään samoin kriteerein, kuin muidenkin potilaiden, eikä HIV-positiivisuus saa vaikuttaa kirurgiseen päätöksentekoon, salivalintaan tai leikkausosaston leikkausjärjestykseen. Veriteitse tarttuvan taudin tulee ilmetä potilaan papereista,

leikkausilmoituksesta sekä selkeästi näkyä potilaan elektronisessa sairaskertomuksessa. Eristysleikkauksen onnistumisen kannalta on myös tärkeää, että kaikki laitoshoitajia myöten tietävät eristyksestä. (Saarinen 2006, 23.) Leikkauksen aikaisesta työskentelystä vastaa kokenut henkilökunta rauhallisesti työskennellen (Roberts ym. 2004, 60).

Verivarotoimimerkintää, jossa on keltainen kolmio mustalla pohjalla, on aiemmin käytetty veriteitse tarttuvista taudeista hepatiitti- ja HIV-diagnoosin saaneiden potilaiden kohdalla (Infektioyksikkö 2009, 13-14). Veritartuntavaarallisuudesta viestittävien merkkien käyttö on kuitenkin saattanut heikentää potilaan tietosuoja ja lisäksi on käynyt ilmi, että suuri osa veritartuntavaarallisia näytteitä on kulkenut ilman veritartunnasta ilmoittavaa kolmiomerkintää (Anttila ym. 2008, 25). Lisäksi on huomioitava, että kuka tahansa potilas voi olla tunnistamattoman veriteitse tarttuvan taudin kantaja ja tämän vuoksi verivarotoimien tulisikin olla osa tavanomaisia varotoimia mikä tarkoittaa, että kaikkea verta, verisiä eritteitä ja kudoksia tulisi pitää tartunnanvaarallisena (Infektioyksikkö 2009, 13-14).

Verivarotoimia vaativassa leikkauksessa on työskentelytapoihin kiinnitettävä huomiota, jotta veritapaturmilta pystyttäisiin välttymään (Infektioyksikkö 2009, 15). Instrumenttien käsittelyssä tulee huomioida, että toimenpiteessä tarvittavat instrumentit säilytetään tarjottimella tai välipöydällä (Roberts ym. 2004, 60), eikä niitä anneta kädestä käteen, vaan esimerkiksi juuri välipöydän kautta. Ompeluneulaa käsiteltäessä käytetään instrumentteja ja instrumenttien käytön tulee tapahtua katsekontaktissa. (Infektioyksikkö 2009, 15.) Pisto- ja viiltovahinkojen välttäminen oikeilla työtavoilla on olennaista, kun verialtistuksen vaara on olemassa (Infektioyksikkö 2009, 13-14). Leikkauksessa käytettävät pistävät ja viiltävät jätteet kootaan toimenpiteessä suoraan keräysastiaan (Roberts, ym. 2004, 60; Turunen 2002, 15; Infektioyksikkö 2009, 15), jonka tulee sijaita tukevalla alustalla (Roberts ym. 2004, 60). Käytettyjä neuloja ei tule hylsytää (Turunen 2002, 15).

Eristysleikkauksessa sali tyhjennetään kaikesta ylimääräisestä tavarasta. Näin kontaminoitumiselle alttiiden pintojen määrä vähenee ja salin puhdistaminen helpottuu. Kaikki toimenpiteen kannalta tarpeellinen tulee kuitenkin varata saliin

ja eristysleikkauksissa työntekijöiden kokemus onkin tämän asian kannalta suureksi avuksi. On tärkeää, että liikenne salin ulkopuolelle saadaan rajoitettua mahdollisimman vähäiseksi, jotta taudinaiheuttajat saataisiin varmimmin pysymään salin sisäpuolella, eivätkä ne pääsisi leviämään ympäristöön ja kontaminoimaan muuta osastoa. (Saarinen 2006, 23.)

Eristysleikkauksissa käytetään normaalien leikkausten tapaan suunenäsuojusta, jonka tarkoituksena on suojata pisaroilta ja roiskeilta. Suunenäsuojus pienentää myös kosketustartunnan riskiä, kun nenän ja suun limakalvojen koskettelu vaikeutuu. Visiiriä (Saarinen 2006, 23) tai suojalaseja sekä muoviesiliinaa käytetään, mikäli leikkauksessa on roiskevaara (Turunen 2002, 15). Suojatakki estää vaatteiden kontaminoitumisen ja hiussuojus suojaa hiukset. Eristysleikkauksissa käytettävien kenkien tulisi olla mielellään konepestävät. (Saarinen 2006, 23.)

Kaksoiskäsineiden eli niin sanottujen indikaattorikäsineiden (Roberts ym. 2004, 60) käyttö leikkaussalissa on aiheellista, kun potilaalla tiedetään olevan veren välityksellä tarttuva tauti (Tiitinen 2007, 150). Operatiivisessa hoidossa käytettävien indikaattorikäsineiden käyttö helpottaa mahdollisen käsineiden reikiintymisen havaitsemista (Infektioyksikkö 2009, 15). Käsien desinfioiminen tulee suorittaa normaalisti aina ennen suojakäsineiden pukemista sekä niiden riisumisen jälkeen (Roberts ym. 2004, 60). Suojakäsineitä vaihdetaan tarpeen vaatiessa ja hyvästä käsihygieniasta huolehditaan (Turunen 2002, 15).

Toimenpidetilaan varataan eritetahradesinfektioon sopivaa klooriliuosta sekä pintojen puhdistukseen sopivaa desinfiointiainetta (Roberts ym. 2004, 60). Tärkeää on, että eritetahrat poistetaan välittömästi (Turunen 2002, 15).

Toimenpiteessä käytetty, korkeita lämpötiloja kestävä välineistö toimitetaan suoraan leikkauksen jälkeen desinfioivaan pesukoneeseen, jonka jälkeen välineistö huolletaan tavalliseen tapaan. Ne välineet, jotka eivät kestä lämpöä, upotetaan desinfektioaineeseen ja pestään sen jälkeen käsin. Kiinteät välineet pyyhitään desinfektioaineella sen jälkeen, kun mahdolliset eritetahrat on eritetahradesinfektio-ohjeiden mukaisesti poistettu. (Roberts ym. 2004, 60-61.)

Kertakäyttöisten tuotteiden lisääntynyt käyttöönotto on helpottanut osaltaan eristysleikkauksia (Saarinen 2006, 24) ja niiden käyttöä tulisikin suosia mahdollisuuksien mukaan (Roberts ym. 2004, 60).

4.3 Ensiapu veritapaturman sattuessa

Mikäli veritapaturmatilanne pääsee varotoimista huolimatta tapahtumaan, tulee HIV-altistustilanteessa osata toimia oikein. Ensisijaisesti on varmistettava, ettei vahinko pääse tapahtumaan välittömästi uudelleen. (Ristola 2005, 383.) Tahriintuneet haavat, limakalvot ja ihoalueet tulee tartunnan ehkäisemiseksi puhdistaa sekä huuhtoa runsaalla vedellä. Pisto- ja viiltovahingoissa veren puristamista haavasta ei suositella (Roberts ym. 2004, 61), vaan pistokohdan tulee antaa vuotaa. Mahdolliset vierasesineet on poistettava haavasta. Mikäli verta on ihottumassa, haavaisella iholla tai pistohaavassa, tulee tapaturmakohdan päälle asettaa alkoholipitoinen haude kahden minuutin ajaksi tai vastaavasti huuhdella alue alkoholilla. Veren joutuessa esimerkiksi silmiin tai suuhun, tulee ne huuhdella runsaalla vedellä tai keittosuolaliuoksella. Silmän huuhtelussa voidaan käyttää myös silmän huuhteliuosta. Huuhtelu suoritetaan runsaalla vedellä myös silloin, kun limakalvo on mahdollinen tartuntapinta veritapaturmatilanteessa. (Laine & Mikkola 2008, 1101.)

Veritapaturmatilanteessa tulee ensisijaisesti noudattaa sairaanhoitopiirin ohjeita näytteenotosta, rekisteröinnistä ja profylaksiasta eli ennalta ehkäisevästä lääkehoidosta (Infektioyksikkö 2009, 13-14). Veritartunnalle altistuneesta henkilöstä on tehtävä vakuutusilmoitus työtapaturmaa koskien. Jatkoseuranta sekä -hoito suoritetaan työterveyshuollon piirissä. Tarkkoja ohjeita altistustilanteiden jatkohoidoista tulisi löytyä sairaalan hygieniakansiota, työterveyshuollosta sekä infektiolääkäriltä. (Roberts ym. 2004, 61.)

Tapaturmaisen HIV-altistustilanteen jälkeen on hyvä arvioida mahdollinen HIV-tartunnan ja muiden veriteitse tarttuvien mikrobien vaara sekä altistuksen jälkeisen profylaksin tarve. Jos verta on roiskahtanut esimerkiksi ehjälle iholle, on tartuntavaara olematon, eikä tarvetta altistuksen jälkeiseen lääkehoitoon ole. Tilanteissa, joissa altistustilanne syntyy, kun iho lävistetään tai tartuntavaarallista

eritettä joutuu rikkoutuneelle iholle tai limakalvolle ja tartuntavaara on merkittävä, on altistuneelle tarjottava lääkehoitoa. Mikäli tällaisen altistuksen jälkeisen profylaksin tarve todetaan, se tulisi estohoitona aloittaa mahdollisimman nopeasti, mielellään kahden tunnin sisällä altistustilanteesta (Laine & Mikkola 2008, 1100-1101), kuitenkin viimeistään 72 tunnin sisällä altistustilanteesta (Roberts ym. 2004, 61).

Lääkkeiden annostelun selvittäminen, lähes aina lääkityksen ohella ilmaantuviin sivuvaikutuksiin varautuminen sekä tarvittaessa B-hepatiittirokotteen hankkiminen ovat myös huomioitavia asioita. Koska vaaralliset sivuvaikutukset ovat mahdollisia ehkäisevän hoidon tehokkuudesta huolimatta, on muun muassa limakalvoaltistusten kohdalla lääkeprofylaksin aloittaminen harkinnanvaraista. Tarvittaessa on hyvä konsultoida infektio lääkäriä tai muuta HIV-infektioon perehtynyttä lääkäriä. (Laine & Mikkola 2008, 1100-1101.)

Altistustilanteen jälkeen tarvittavat näytteet on hyvä ottaa sekä altistuneesta henkilöstä ja mahdollisesti myös altistuksen lähteestä. Altistuksen lähteen ollessa potilas, tulee potilaalta pyytää suostumus HIV-näytteen ottoon. Potilaalla on oikeus kieltäytyä näytteenotosta ja hänelle on tärkeää selvittää, mitä hankaluuksia ja vahinkoa diagnoosin viivästyminen voi aiheuttaa tartuntavaaran myötä. (Laine & Mikkola 2008, 1100.)

Tapahtuneesta veritapaturmasta tulee tehdä ilmoitus työterveyshuoltoon. HIV-altistustilanteen jälkeen profylaksin tarpeen sekä mahdollisen tartunnan toteamiseksi tarvitaan seuranta ja HIV-vasta-aineiden selvittämiseksi tulisi verestä ottaa näytteet yhden, kolmen ja kuuden kuukauden jälkeen veritapaturmatilanteesta. (Ristola 2005, 383; Turunen 2002, 15.)

5 HIV-POTILAAN KOHTAAMINEN

Tiedonhaku toteutettiin EBSCOhost-, Medic- ja PubMed-tietokannoissa. Tietokantahauissa ei löytynyt aikaisempia tutkimuksia, jotka olisivat suoranaisesti käsitelleet tämän opinnäytetyön aihetta eli sairaanhoitajien näkökulmia verivarotoimiin HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä. Tämän vuoksi kirjallisuuskatsauksessa tarkastellaan aiempia tutkimuksia HIV-positiivisen potilaan kohtaamisesta yleisemmällä tasolla.

Suomessa, Virossa ja Liettuassa toteutetussa tutkimuksessa (Välimäki, Makkonen, Vehkaluoto, Mockiene, Istomina, Raid, Vänskä & Suominen 2008) tarkasteltiin hoitajien asenteita HIV- ja AIDS-potilaiden hoitoa kohtaan. Tutkimuksesta saadut tulokset osoittivat sairaanhoitajilla olevan halukkuutta tarjota hoitoa HIV- ja AIDS-potilasryhmälle. Halukkuus hoitamiseen vaihteli kuitenkin yksilöiden ja maiden välillä. Tutkimustulosten perusteella oli havaittavissa koulutustarvetta HIV- ja AIDS-potilaiden hoitoon liittyvistä eettisistä kysymyksistä.

Välimäen ym. (2008) tutkimuksessa 81 % suomalaisista sairaanhoitajista, 42 % virolaisista sairaanhoitajista sekä 7 % liettualaisista sairaanhoitajista oli pyydetty hoitamaan HIV-potilasta ja näistä 88 %, 59 % ja 19 % olivat tehneet pyydetyllä tavalla. Suurin osa tutkimuksen suomalaisista sairaanhoitajista (81 %) ja yli puolet vastaajista Virossa (54 %) olivat valmiita hoitamaan potilaita, joilla on todettu HIV tai AIDS, mutta vain 9 % vastanneista sairaanhoitajista Liettuassa koki olevansa valmiita hoitamaan tähän potilasryhmään kuuluvia potilaita. Kuitenkin vain 1 % Suomen ja Liettuan sairaanhoitajista sekä 2 % sairaanhoitajista Virossa olivat kieltäytyneet hoitamasta HIV tai AIDS -potilasta. (Välimäki ym. 2008, 586-599).

Englannissa on tutkittu hoitajien ja lääkäreiden tietoja ja asenteita heidän kohdatessaan veriteitse tarttuvaa tautia kantavia potilaita. Tutkimukseen osallistuneista hoitajista 86 % ja lääkäreistä 41 % ilmoitti huomioivansa aina potilaan kohtaamisessa, että tämä saattaa olla veriteitse tarttuvan taudin kantaja. Kuitenkin siitä huolimatta, että he kertoivat huolehtivansa verivarotoimien toteuttamisesta, heidän tietonsa mahdollisuudesta tartunnan saamiseen

neulanpiston yhteydessä olivat varsin vähäisiä. (Stein, Makarawo & Ahmad 2003, 68 - 73).

Korteen (2008, 43) mukaan hoitajan ja HIV-positiivisen potilaan vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttavat sekä potilaan että hoitajan elämäntilanne, kokemukset ja tiedot HIV-infektiosta. Lisäksi vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttavat etenkin hoitajan kohdalla myös tiedot sairauden hoidosta.

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla verivarotoimia intraoperatiivisessa hoitotyössä perioperatiivisten sairaanhoitajien näkökulmasta. Kuvaileva tutkimus esittää tarkkoja kuvauksia henkilöistä, tapahtumista sekä tilanteista ja tutkimuksen ilmiöistä dokumentoidaan keskeisiä ja kiinnostavia piirteitä. Kuvailevan tutkimuksen tutkimuskysymykset selvittävät, mitkä ovat tietyn ilmiön näkyvimmat käyttäytymismuodot, tapahtumat, uskomukset sekä prosessit. (Hirsjärvi ym. 2004, 135.) Tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, miten perioperatiiviset sairaanhoitajat kokevat verivarotoimet HIV-positiivisen potilaan kohtaamisessa intraoperatiivisessa hoitotyössä sekä selvittää, mikä on verivarotoimien ja verivarotoimiin liittyvän tietopohjan merkitys perioperatiivisten sairaanhoitajien asennoitumisessa ja toimimisessa HIV-potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä. Lisäksi tutkimuksessa tarkastellaan sitä, millaiseksi perioperatiiviset sairaanhoitajat kokevat osaamisensa tason verivarotoimien suhteen sekä kokevatko he lisäkoulutuksen tarvetta koskien verivarotoimia.

Tutkimusongelmat ovat:

- 1 Mikä on verivarotoimien merkitys sairaanhoitajille HIV-positiivisen potilaan kohtaamisessa intraoperatiivisessa hoitotyössä?
- 2 Miten verivarotoimet ohjaavat sairaanhoitajien asennoitumista ja toimintaa intraoperatiivisen hoitotyön aikana?
- 3 Millaisena sairaanhoitajat pitävät osaamisensa tasoa verivarotoimitilanteissa?
- 4 Kokevatko sairaanhoitajat lisäkoulutuksen tarvetta verivarotoimien suhteen?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyötutkimuksen lähestymistapa on pääosin kvantitatiivinen eli määrällinen, mutta tutkimus sisältää myös kvalitatiivisen eli laadullisen osuuden. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä piirteitä ovat muun muassa johtopäätökset aiemmista tutkimuksista sekä aiemmat teorit. Käsitteet tulee määritellä, aineiston kerääminen suunnitella ja tutkimukseen osallistuvat henkilöt valita. On tärkeää huomioida, että havaintoaineisto soveltuu määrälliseen eli numeeriseen mittaamiseen. Muuttujat muodostetaan taulukkomuotoon ja aineisto saatetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon, jolloin päätelmien tekeminen havaintoaineista voidaan suorittaa tilastolliseen analysointiin perustuen. Määrällisen tutkimuksen tulokset voidaan kuvailla prosentitaulukoiden avulla ja näin testata tulosten tilastollinen merkitsevyys. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 131.) Määrällisen tutkimuksen tarkoituksina pidetään ihmistä koskevien asioiden ja ominaisuuksien selittämistä, kuvaamista, kartoittamista, vertailemista tai ennustamista (Vilka 2007, 19).

7.2 Kohderyhmä

Tutkimus toteutettiin erään keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla. Kysely suunnattiin osastolla työskenteleville anestesiahoitajille sekä instrumentoiville ja leikkauksessa valvoville sairaanhoitajille. Tutkimukseen kutsuttavia informoitiin tutkimuksesta osastotunnilla sekä tutkimuslomakkeiden mukana olleella saatekirjeellä. (Liite 1)

7.3 Aineiston keruu

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeen (Liite 2) avulla. Kyselylomaketta käytetään aineiston keräämisessä, kun halutaan saada selville vastaajien mielipiteitä, asenteita, ominaisuuksia tai käyttäytymistä koskevaa tietoa eli havaintoyksikkönä on vastaaja itse. Kyselyssä kysymysten muoto on vakioitu, mikä tarkoittaa sitä, että kaikilta kyselyyn vastaajilta kysytään samat asiat, samalla tavalla ja kysymysten järjestys on sama. (Vilka 2007, 27-28.)

Kyselylomake sisälsi kolme vastaajan taustatietoja koskevaa kysymystä, 13 valmiiksi muotoiltua monivalintakysymystä sekä kaksi avointa kysymystä. Taustatietoja koskevilla kysymyksillä kartoitettiin vastaajien ikä, työskentelikkö vastaaja intrumentoivana/valvovana hoitajana vai anestesiahoitajana sekä sitä, kuinka usein vastaajat olivat olleet mukana HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä.

Strukturoiduilla monivalintakysymyksillä selvitettiin leikkaussalihoitajien näkökulmasta verivarotoimien merkitystä HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä, asenteita ja toimintaa verivarotoimien suhteen sekä osaamisen tasoa verivarotoimitilanteissa. Strukturoinnissa tutkittavat asiat vakioidaan lomakkeisiin kysymyksiksi ja vaihtoehdoiksi niin, että jokainen vastaaja ymmärtää kysymykset samalla tavalla ja kysymykset esitetään kaikille kyselyyn vastaajille samalla tavalla. Jokaiselle tutkittavalle asialle eli muuttujalle annetaan arvo, joka voidaan ilmaista esimerkiksi numeroin. (Vilka 2007, 15.) Kysymystyyppi oli näiden kysymysten kohdalla asteikkoihin eli skaaloihin perustuva. Sillä tarkoitetaan sitä, että kysymykset esitettiin väittäminä ja vastaaja valitsi asteikolta miten voimakkaasti hän on joko samaa tai eri mieltä esitetyn väittämän kanssa. Vastausvaihtoehdot esitettiin 5-portaisella Likertin asteikolla: 1 = täysin samaa mieltä, 2 = melko samaa mieltä, 3 = melko eri mieltä, 4 = täysin eri mieltä, 0 = en osaa sanoa. (Hirsjärvi ym. 2004, 195.)

Avoimissa kysymyksissä esitetään vain kysymys ja jätetään vastaajalle vastausta varten tyhjä tila (Hirsjärvi ym. 2004, 193). Avoimissa kysymyksissä kartoitettiin vastaajan tietämystä tärkeimmistä verivarotoimenpiteistä sekä tiedusteltiin heidän mielipidettään verivarotoimiin liittyvän lisäperehdytyksen tarpeellisuudesta.

Kyselytutkimusta pidetään hyvänä tutkimusmenetelmänä, sillä sitä käyttäen voidaan saada suuri tutkimusaineisto, voidaan kysyä useita kysymyksiä ja usein säästetään aikaa ja vaivaa. Lisäksi hyvin suunniteltu tutkimuslomake on melko nopea ja helppo analysoida. Kyselytutkimuksen heikkouksia on, ettei vastaajien huolellisuudesta, rehellisyydestä tai siitä, ottavatko he kyselyn tosissaan, voida olla varmoja. Myös väärinymmärryksiä on vaikea kontrolloida.

Kyselytutkimuksessa kato eli vastaamattomuus voi myös vaikuttaa osaltaan tutkimuksen onnistumiseen. (Hirsjärvi ym. 2004, 190.)

Kyselylomakkeita vietiin osastolle 50 kappaletta. Kyselylomakkeet sekä palautuslaatikko toimitettiin leikkaus- ja anestesiaosaston osastonhoitajalle, joka oli informoinut työntekijöitä kyselystä osastotunnin aikana. Osastonhoitaja toimitti kyselylomakkeet sekä palautuslaatikon osaston taukotilaan. Tutkimusaineisto kerättiin 15.6. - 29.6.2009 välisenä aikana eli vastausaikaa oli kaksi viikkoa. Kyselylomakkeita palautettiin 30 kappaletta. Vastausprosentti oli 60 %. Vastanneista sairaanhoitajista kaikki vastasivat jokaiseen monivalintakysymykseen ja 24 kumpaankin avoimeen kysymykseen. Lisäksi sairaanhoitajista kaksi oli vastannut vain avoimeen kysymykseen 7 ja kaksi vain avoimeen kysymykseen 8.

7.4 Aineiston analysointi

Kyselylomakkeen sisältämät strukturoidut väittämät käsiteltiin tilastollisin menetelmin SPSS-ohjelman avulla. Aineistoa kuvattiin frekvenssi- sekä prosenttiarvoilla. Frekvenssi tarkoittaa tilastoyksiköiden lukumäärää kussakin luokassa (Kankkunen & Vehviläinen Julkunen 2009, 103). Aineistosta tarkasteltiin myös moodia, joka kuvaa jakauman tyypillisintä arvoa eli sitä luokkaa, jolla on suurin frekvenssi (Kankkunen & Vehviläinen Julkunen 2009, 105). Jakaumia tarkasteltiin myös ikäluokituksen mukaan. Tilastollisesti ei testattu, oliko ikäluokkien välillä eroja, jotka olisivat olleet tilastollisesti merkitseviä. Tutkimustuloksista luotiin Excel-ohjelman avulla graafisia diagrammeja havainnollistamaan saatuja tutkimustuloksia.

Tutkimuksen kahden avoimen kysymyksen vastaukset käsiteltiin käyttäen sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi on tekstianalyysi, jossa dokumenttien sisältöä pyritään kuvaamaan sanallisesti. Analyysissa tuotettu aineisto voidaan kvantifioida eli tuottaa sanallisesti kuvastusta aineistosta määrällisiä tuloksia. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105-109.) Sisällönanalyysissa aineistosta koodattiin ensin tutkimuksen kannalta merkitykselliset asiat pelkistetyiksi ilmauksiksi ja

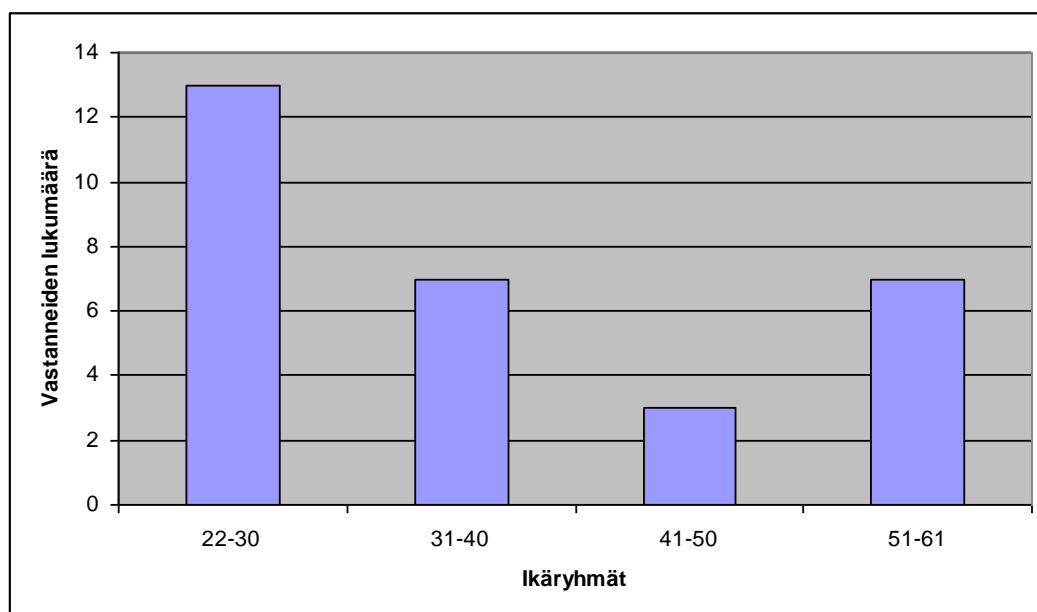
samankaltaiset ilmaukset koottiin alakategorioihin. Yläkategoriat kokosivat yhteen alakategorioiden sisällöt. Tämän jälkeen tulokset kvantifioitiin.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

8.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn osallistuvien taustatietoina kysyttiin vastaajien ikää, kartoitettiin työskentelivätkö he leikkaussalissa instrumentti- vai anestesiapuolella sekä tiedusteltiin heidän kokemuspohjaansa HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä toimimisesta.

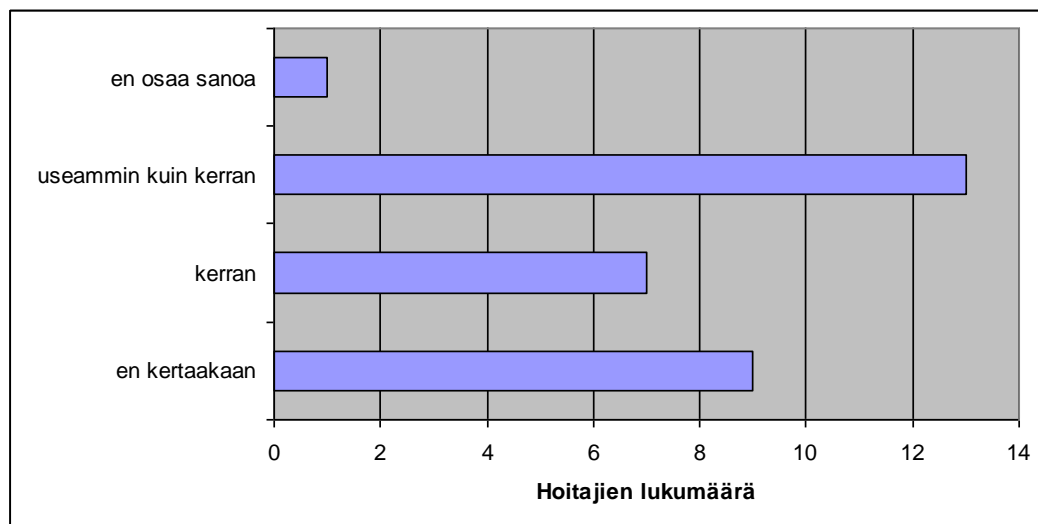
Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat jaettiin neljään ikäryhmään: 22-30-vuotiaat, 31-40-vuotiaat, 41-50-vuotiaat sekä 51-61-vuotiaat (Kuvio 1). Vastaajista 13 (43,3 %) kuului ikäryhmään 22-30-vuotiaat, seitsemän (23,3 %) ikäryhmään 31-40-vuotiaat, kolme (10 %) ikäryhmään 41-50-vuotiaat sekä seitsemän (23,3 %) ikäryhmään 51-61-vuotiaat.



Kuvio 1. Tutkimukseen vastanneiden sairaanhoitajien ikäryhmät (n=30)

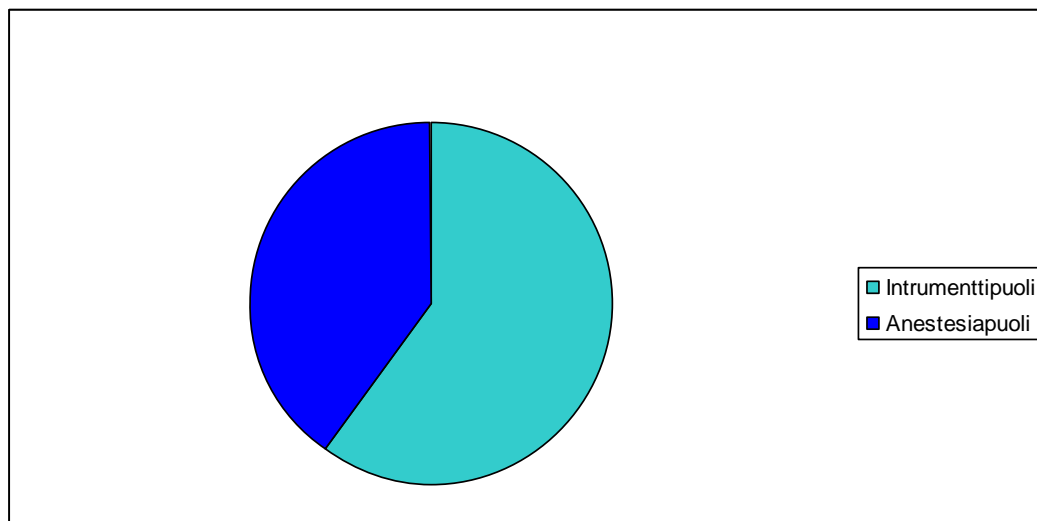
Tutkittavien kokemuksia HIV-positiivisen potilaan intraoperatiiviseen hoitotyöhön osallistumisesta kysyttiin neljällä vastausvaihtoehdolla, jotka olivat ”en osaa sanoa”, ”useammin kuin kerran”, ”kerran” sekä ”en kertaakaan”. Useimmat (f=13, 43,3 %) olivat osallistuneet HIV-positiivisen potilaan hoitoon useammin kuin kerran. Yhdeksän sairaanhoitajaa (30,0 %) ei ollut koskaan osallistunut HIV-positiivisen potilaan intraoperatiiviseen hoitotyöhön, seitsemän

sairaanhoitajaa (23,3 %) oli osallistunut useammin kuin kerran ja yksi (3,3 %) vastanneista sairaanhoitajista ei osannut sanoa, oliko hän osallistunut HIV-positiivisen potilaan intraoperatiiviseen hoitotyöhön. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Tutkimukseen osallistuneiden sairaanhoitajien kokemusten määrä HIV-positiivisen potilaan intraoperatiiviseen hoitotyöhön osallistumisesta (n=30)

Vastanneista sairaanhoitajista 18 (60 %) työskenteli instrumenttipuolella, joko instrumentoivana tai valvovana sairaanhoitajana. Vastanneista 12 (40 %) oli anestesiapuolen sairaanhoitajia. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Tutkimukseen osallistuneiden sairaanhoitajien jakautuminen leikkaussalihoitotyössä instrumentti- ja anestesiapuolelle (n=30)

8.2 Sairaanhoitajien näkemyksiä verivarotoimien merkityksestä HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä

Tutkimuksen ensimmäiset strukturoidut kysymykset selvittivät verivarotoimien merkitystä HIV-potilaan intraoperatiivisessa hoidossa. Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat olivat hyvin selvillä verivarotoimien merkityksestä veritartuntojen ehkäisemisessä. Tyypillisin vastaus oli ”täysin samaa mieltä”, jonka valitsi 28 (93,3 %) vastaajista. Vastaajista kaksi (6,7 %) valitsi vastausvaihtoehdon 2 eli ”melko samaa mieltä”. 19 vastaajaa eli 63,3 % vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että verivarotoimet ovat luotettava menetelmä suojautua veritartunnalta. Tämä oli tyypillisin vastaus. Kymmenen sairaanhoitajaa eli 33,3 % oli väittämistä melko samaa mieltä ja yksi (3,3 %) sairaanhoitajista koki olevansa melko eri mieltä väittämistä. Myös seuraavan väittämän kohdalla moodi eli tyypillisin vastaus oli 1, kun 20 eli 66,7 % sairaanhoitajista oli täysin samaa mieltä siitä, että verivarotoimet lisäävät heidän turvallisuuttaan HIV-positiivisen potilaan kohtaamistilanteessa. Yhdeksän eli 30,0 % sairaanhoitajista oli väittämistä melko samaa mieltä ja yksi sairaanhoitaja (3,3 %) melko eri mieltä. 24 sairaanhoitajaa (80 %) tunsivat verivarotoimista huolimatta jonkinasteista epävarmuutta tietäessään leikkauspotilaan olevan HIV-positiivinen. Tyypillisesti sairaanhoitajat (f=14, 46,7 %) olivat tästä väittämistä melko samaa mieltä. Kymmenen sairaanhoitajaa eli 33,3 % vastanneista oli asiasta täysin samaa mieltä. Viisi (16,7 %) oli eri mieltä.

sairaanhoitajista oli väittämästä melko eri mieltä ja yksi (3,3 %) koki olevansa täysin eri mieltä. (Taulukko 1.)

8.3 Sairaanhoitajien näkemyksiä asenteista ja toiminnasta verivarotoimien suhteen

Seuraavat strukturoidut kysymykset kartoittivat sairaanhoitajien asenteita ja toimintaa verivarotoimien suhteen. Heistä 24 kertoi työskentelyn intraoperatiivisessa hoitotyössä eroavan jossain määrin tavanomaisesta leikkauspotilaan ollessa HIV-positiivinen. 12 eli 40,0 % vastanneista oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä ja toiset 12 melko samaa mieltä. Tämän väittämän vastauksissa oli näin ollen kaksi moodia eli tyyppiä. Lisäksi neljä (13,3 %) oli väittämästä melko eri mieltä ja kaksi (6,7 %) täysin eri mieltä. Suurin osa (86,7 %) sairaanhoitajista kertoi huolehtivansa verivarotoimien toteutumisesta aina kohdatessaan veritartuntavaarallisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä, eli tyypillisin vastaus oli ”täysin samaa mieltä”. Kolme (10,0 %) sairaanhoitajista oli väittämästä melko samaa mieltä ja yksi sairaanhoitaja (3,3 %) vastasi olevansa melko eri mieltä. 12 (40,0 %) vastanneista ei uskonut omien asenteidensa vaikuttavan lainkaan toimimiseen HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä. Tämä oli tyypillisin vastaus. Kahdeksan sairaanhoitajaa eli 26,7 % vastanneista oli melko samaa mieltä asiasta. Viisi (16,7 %) sairaanhoitajista oli melko eri mieltä ja neljä (13,3 %) täysin eri mieltä väittämästä. Yksi (3,3 %) vastanneista sairaanhoitajista ei osannut sanoa vaikuttavatko omat asenteet toimimiseen HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä. Tyypillisesti sairaanhoitajat ($f=21$, 70,0 %) olivat täysin sitä mieltä, että potilaan HIV-positiivisuus lisää työskentelytarkkuutta verivarotoimissa ja tartunnanehkäisyyttä. Seitsemän (23,3 %) oli väittämästä melko samaa mieltä. Sairaanhoitajista yksi (3,3 %) valitsi väittämän kohdalla vastausvaihtoehdon ”melko eri mieltä” ja yksi (3,3 %) vastausvaihtoehdon ”en osaa sanoa”. Vastanneista sairaanhoitajista 70,0 % uskoi täysin kiinnittävänsä erityistä huomiota itsensä suojaamiseen HIV-positiivisen potilaan leikkaustoimenpiteen aikana. Tämä oli väittämän tyypillisin vastaus. Seitsemän sairaanhoitajaa (23,3 %) oli melko samaa mieltä, yksi sairaanhoitaja (3,3 %) melko eri mieltä ja yksi (3,3 %) täysin eri mieltä väittämästä. (Taulukko 1.)

8.4 Sairaanhoitajien näkemykset osaamisensa tasosta verivarotoimitilanteissa

Viimeiset strukturoidut kysymykset selvittivät sairaanhoitajien näkemyksiä osaamisensa tasosta verivarotoimitilanteissa. Vastanneet sairaanhoitajat olivat tyypillisimmin (f=18, 60,0 %) melko samaa mieltä siitä, että heidän oma tietämyksensä verivarotoimista on riittävä heidän kohdatessaan HIV-positiivisen potilaan. Kahdeksan (26,7 %) sairaanhoitajista oli väittämstä täysin samaa mieltä ja kolme (10,0 %) vastanneista oli melko eri mieltä. Yksi (3,3 %) vastanneista sairaanhoitajista ei osannut sanoa kokiko hän tietämyksensä verivarotoimista riittäväksi. Tyypillisimmin sairaanhoitajat olivat melko samaa mieltä (f=18, 60,0 %) myös siitä, että he pystyvät noudattamaan verivarotoimia suunnitellusti ja oikeaoppisesti HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä. 11 sairaanhoitajaa (36,7 %) oli väittämstä täysin samaa mieltä. Yksi sairaanhoitaja (3,3 %) ei osannut sanoa pystyikö hän mielestään noudattamaan verivarotoimia suunnitellusti ja oikeaoppisesti. 15 sairaanhoitajaa (50,0 %) uskoi olevansa täysin tietoisia siitä, mitkä kehon nesteet ja eritteet altistavat HIV-tartunnalle ja mitkä eivät. Tämä oli tyypillisin vastaus. 13 (43,3 %) valitsi tämän väittämän kohdalla vastausvaihtoehdon ”melko samaa mieltä” ja kaksi (6,7 %) sairaanhoitajista oli väittämstä melko eri mieltä. Myös seuraavasta väittämstä oltiin tyypillisimmin ”täysin samaa mieltä”, kun 16 eli 53,3 % sairaanhoitajista kertoi tietävänsä miten tulee toimia veritapaturmatilanteen sattuessa eli mikäli altistuminen infektoituneelle verelle tai muulle tartuntaa levittävälle eritteelle tapahtuu. 14 (46,7 %) vastanneista oli väittämstä melko samaa mieltä. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Strukturoitujen kysymysten frekvenssi- ja prosenttijakaumat.

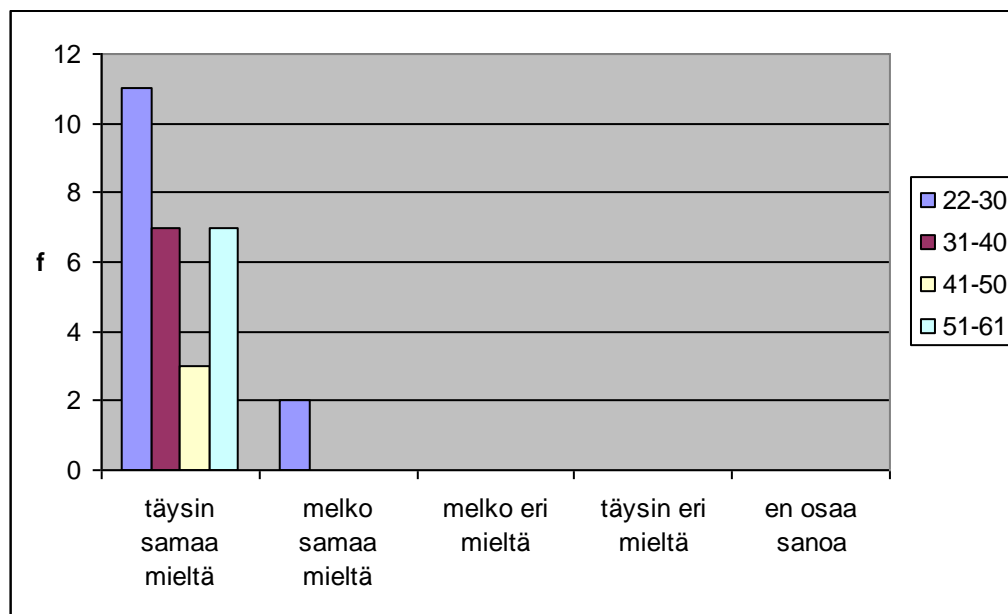
	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
4. Ymmärrän verivarotoimien merkityksen veritartuntojen ehkäisemisessä.	28 (93,3 %)	2 (6,7 %)	-	-	-
5. Verivarotoimet ovat mielestäni luotettava menetelmä suojautua veritartunnalta.	19 (63,3 %)	10 (33,3 %)	1 (3,3 %)	-	-
6. Koen verivarotoimien lisäävän turvallisuuttani kohdatessani HIV-positiivisen potilaan.	20 (66,7 %)	9 (30,0 %)	1 (3,3 %)	-	-
7. Tunnen verivarotoimista huolimatta epävarmuutta tietäessäni leikkauspotilaan olevan HIV-positiivinen.	10 (33,3 %)	14 (46,7 %)	5 (16,7 %)	1 (3,3 %)	-
8. Työskentelyni intraoperatiivisessa hoitotyössä eroaa tavanomaisesta, kun leikkauspotilaana on HIV-positiivinen potilas.	12 (40,0 %)	12 (40,0 %)	4 (13,3 %)	2 (6,7 %)	-
9. Huolehdin verivarotoimien toteutumisesta aina kohdatessani veritartuntavaarallisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä.	26 (86,7 %)	3 (10,0 %)	1 (3,3 %)	-	-
10. En usko omien asenteiden vaikuttavan toimimiseen HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä.	12 (40,0 %)	8 (26,7 %)	5 (16,7 %)	4 (13,3 %)	1 (3,3 %)
11. Potilaan HIV-positiivisuus lisää työskentelytarkkuuttani verivarotoimissa ja tartunnanehkäisyyssä.	21 (70,0 %)	7 (23,3 %)	1 (3,3 %)	-	1 (3,3 %)

12. Uskon kiinnittäväni erityistä huomiota itseni suojaamiseen HIV-positiivisen potilaan leikkaustoimenpiteen aikana.	21 (70,0 %)	7 (23,3 %)	1 (3,3 %)	1 (3,3 %)	-
13. Koen oman tietämykseni verivarotoimista riittäväksi kohdatessani HIV-positiivisen potilaan.	8 (26,7 %)	18 (60,0 %)	3 (10,0 %)	-	1 (3,3 %)
14. Pystyn mielestäni noudattamaan verivarotoimia suunnitellusti ja oikeaoppisesti HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä.	11 (36,7 %)	18 (60,0 %)	-	-	1 (3,3 %)
15. Uskon olevani tietoinen siitä, mitkä kehon nesteet ja eritteet altistavat HIV-tartunnalle ja mitkä eivät.	15 (50,0 %)	13 (43,3 %)	2 (6,7 %)	-	-
16. Tiedän miten tulee toimia veritapaturmatilanteen sattuessa eli mikäli altistutaan infektoituneelle verelle tai muulle tartuntaa levittävälle eritteelle.	16 (53,3 %)	14 (46,7 %)	-	-	-

8.5 Tutkittavien iän yhteys näkemyksiin verivarotoimista HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä

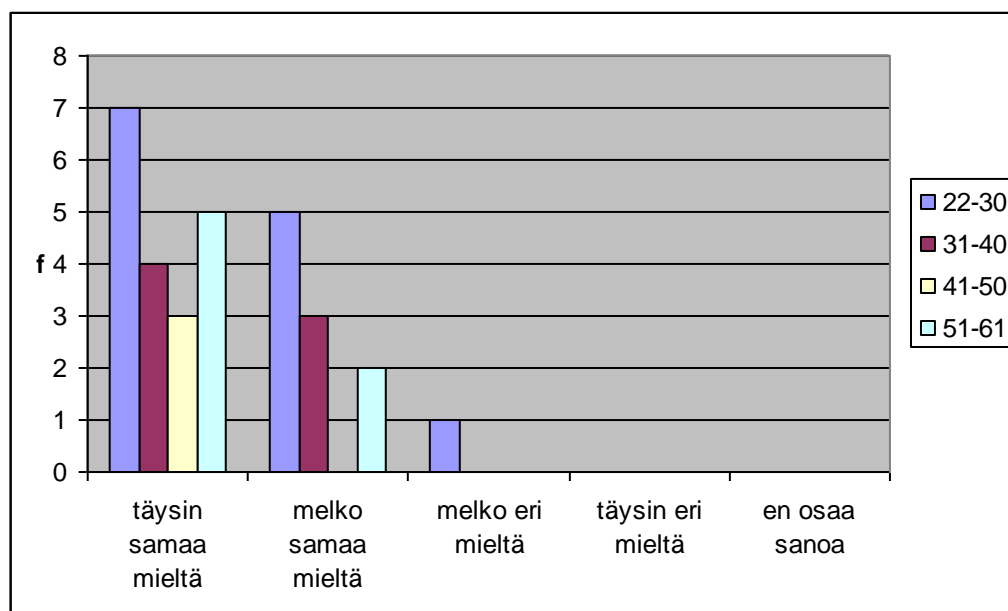
Vastauksia strukturoituihin kysymyksiin tarkasteltiin ikäluokituksen mukaan. Tilastollisesti ei testattu, oliko ryhmien välillä tilastollisesti merkittäviä eroja.

Kaikissa ikäluokissa oltiin pääsääntöisesti täysin samaa mieltä siitä, että verivarotoimien merkitys HIV-potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä oli ymmärretty (Kuvio 4).



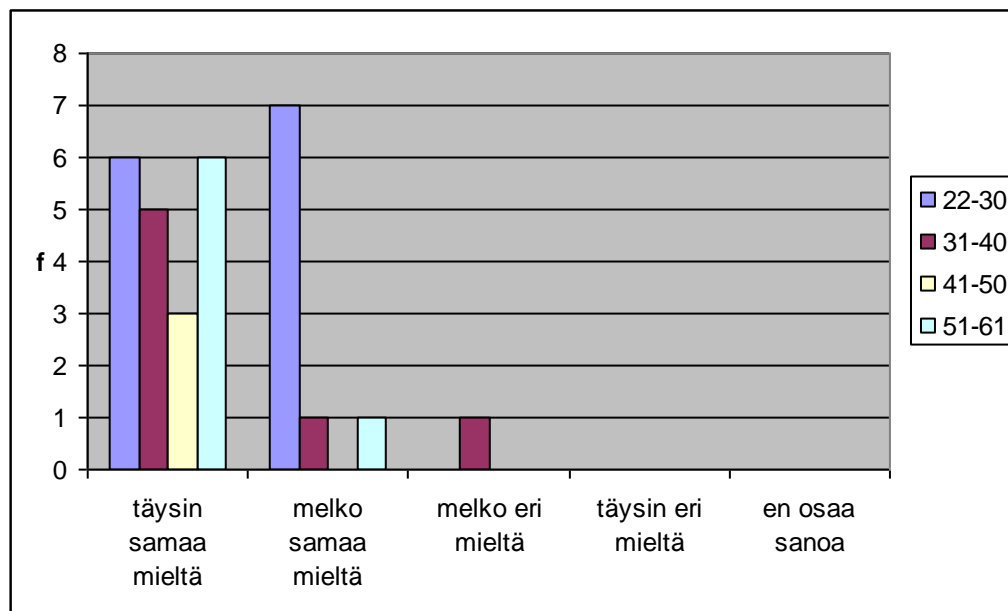
Kuvio 4. Sairaanhoitajien näkemykset ikäluokittain verivarotoimien merkityksestä tartunnanehkäisyyssä (n=30)

Verivarotoimia pidettiin kaikissa ikäluokissa enimmäkseen täysin tai melko luotettavana menetelmänä suojautua veritartunnalta. Yksi ikäryhmään 22-30-vuotiaat kuuluvista vastaajista oli väittämästä melko eri mieltä. (Kuvio 5.)



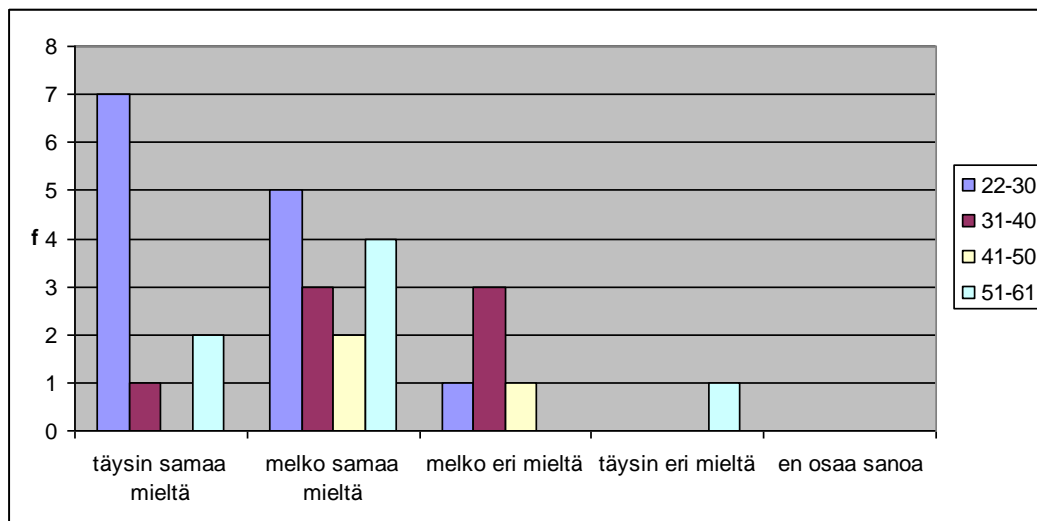
Kuvio 5. Sairaanhoitajien mielipiteitä ikäluokittain verivarotoimien luotettavuudesta veritartunnalta suojautumisessa (n=30)

Valtaosa kustakin ikäryhmästä koki verivarotoimien lisäävän turvallisuuttaan HIV-positiivisen potilaan kohtaamisessa eli oli väittämästä joko täysin tai melko samaa mieltä. Yksi 31-40-vuotiaista vastaajista oli väittämästä melko eri mieltä. (Kuvio 6.)



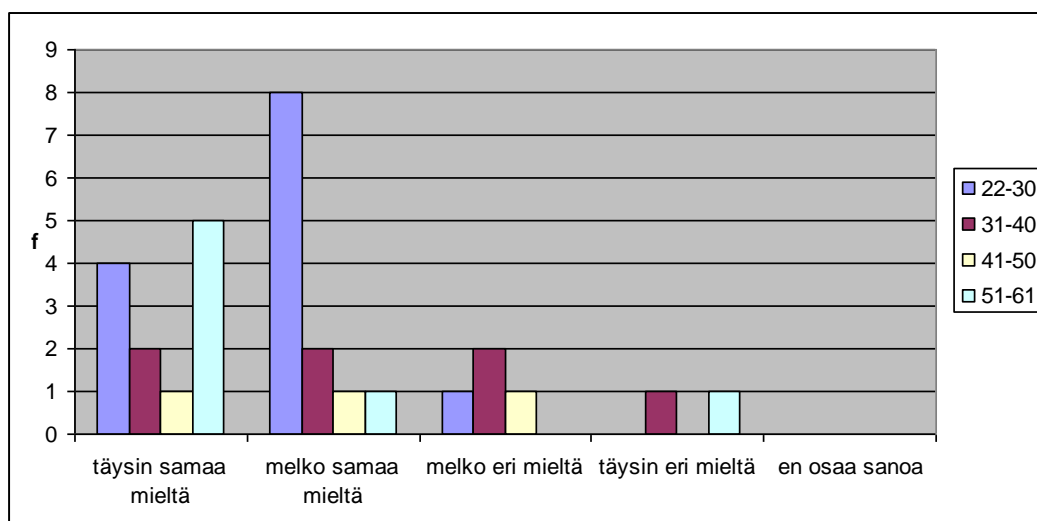
Kuvio 6. Sairaanhoitajien kokemukset ikäluokittain turvallisuuden lisääntymisestä verivarotoimien myötä HIV-positiivisen potilaan kohtaamistilanteessa (n=30)

Suurin osa kaikkien ikäryhmien vastaajista koki vähintäänkin jossain määrin verivarotoimista huolimatta epävarmuutta työskenneltäessä HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä. Melko eri mieltä väittämästä olivat yksi 22-30-vuotiaista, kolme 31-40-vuotiaista sekä yksi 41-50-vuotiaista. Yksi 51-61-vuotiaiden ikäryhmästä oli väittämästä täysin eri mieltä. (Kuvio 7.)



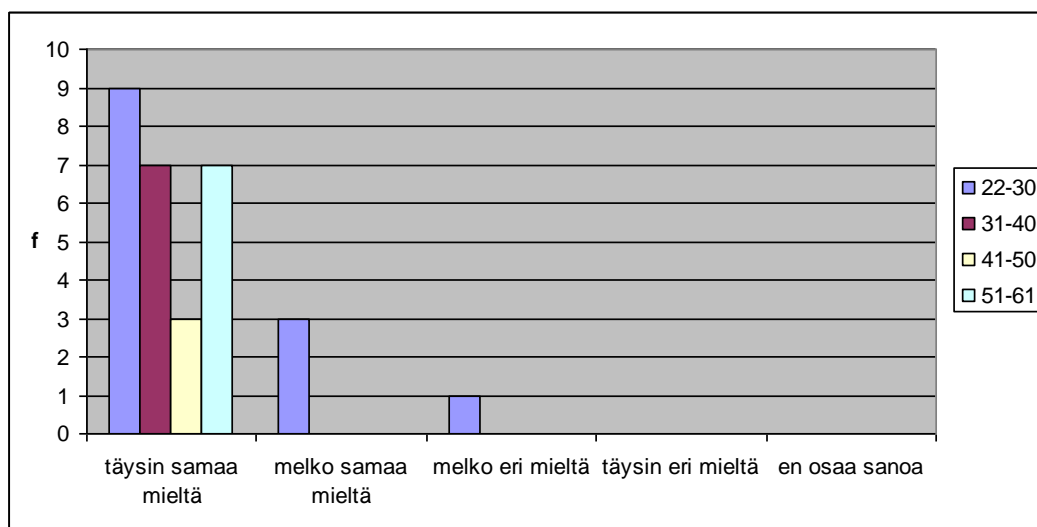
Kuvio 7. Sairaanhoitajien kokema epävarmuus ikäluokittain verivarotoimista huolimatta, kun leikkauspotilaan tiedetään olevan HIV-positiivisen (n=30)

Valtaosa kunkin ikäryhmän vastaajista oli joko täysin tai melko samaa mieltä väittämästä, jossa esitettiin työskentelyn intraoperatiivisessa hoitotyössä eroavan tavanomaisesta, kun leikkauspotilaana on HIV-positiivinen potilas. Melko eri mieltä olivat yksi 22-30-vuotiaista, kaksi 31-40-vuotiaista sekä yksi 41-50-vuotiaista. Täysin eri mieltä väittämästä oli yksi ikäryhmästä 31-40-vuotiaat sekä yksi ikäryhmästä 51-61-vuotiaat. (Kuvio 8.)



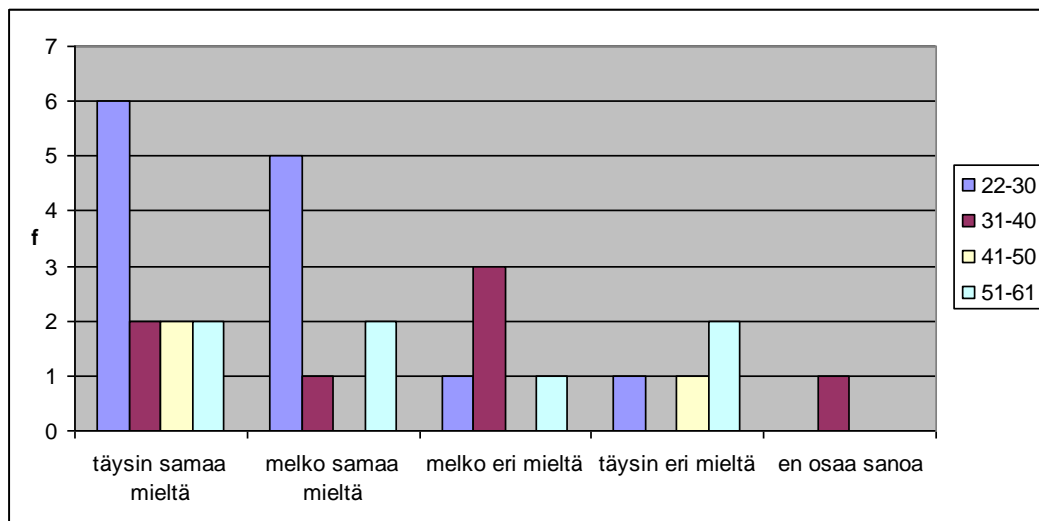
Kuvio 8. Sairaanhoitajien työskentelyn eroaminen ikäluokittain tavanomaisesta, kun leikkauspotilaana on HIV-positiivinen potilas (n=30)

Neljää 22-30-vuotiaasta lukuun ottamatta kaikki vastaajista kertoivat olevansa täysin samaa mieltä siitä, että he huolehtivat verivarotoimien toteutumisesta aina kohdatessaan veritartuntavaarallisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä. Kolme vastaajaa ikäryhmästä 22-30-vuotiaat olivat väittämistä melko samaa mieltä ja yksi samasta ryhmästä väittämistä melko eri mieltä. (Kuvio 9.)



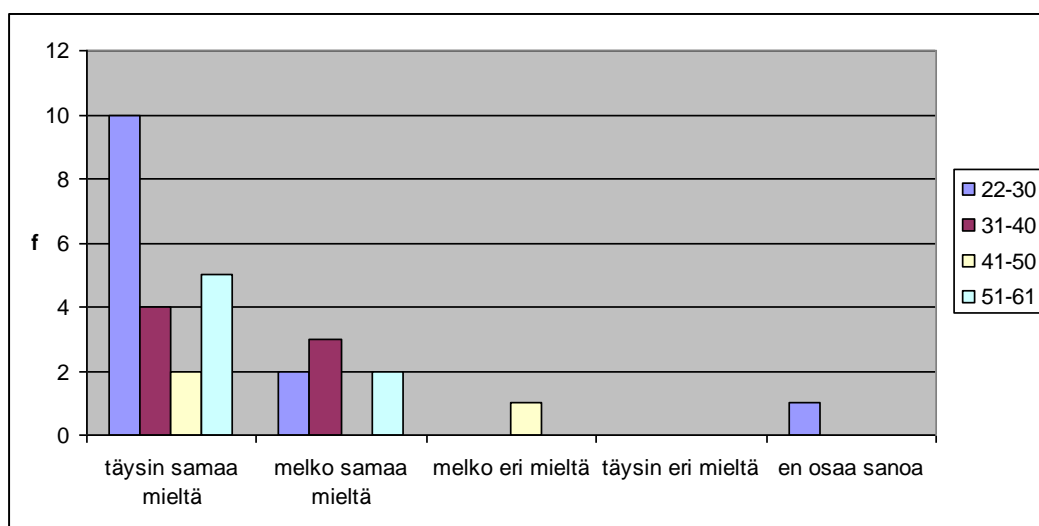
Kuvio 9. Sairaanhoitajien huolehtiminen verivarotoimien toteutumisesta ikäluokittain, heidän kohdatessaan veritartunnanvaarallisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä (n=30)

Suurin osa kunkin ikäryhmän vastaajista oli täysin tai melko samaa mieltä siitä, etteivät omat asenteet vaikuta toimimiseen HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä. Melko eri mieltä väittämistä olivat yksi 22-30-vuotiaista, kolme 31-40-vuotiaista sekä yksi 51-61-vuotiaista ja täysin eri mieltä yksi 22-30-vuotiaista, yksi 41-50-vuotiaista sekä kaksi 51-61-vuotiaista. Yksi 31-40-vuotiaista vastaajista valitsi väittämän kohdalla vastausvaihtoehdon ”en osaa sanoa”. (Kuvio 10.)



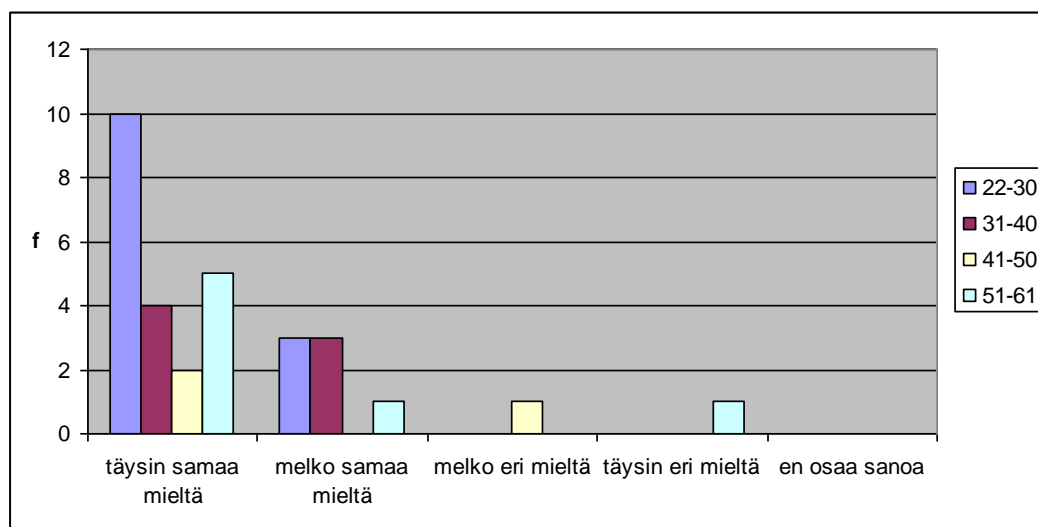
Kuvio 10. Sairaanhoitajien uskomukset ikäluokittain siitä, etteivät omat asenteet vaikuta toimimiseen HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä (n=30)

Pääosin kunkin ikäryhmän vastaajat uskoivat potilaan HIV-positiivisuuden joko täysin tai jonkin verran lisäävän työskentelytarkkuutta verivarotoimien ja tartunnanehkäisyn suhteen. Melko eri mieltä väittämästä oli yksi vastaaja ikäryhmästä 41-50-vuotiaat ja yksi 22-30-vuotiaiden ryhmästä ei osannut sanoa lisääkö leikkauspotilaan HIV-positiivisuus työskentelytarkkuutta. (Kuvio 11.)



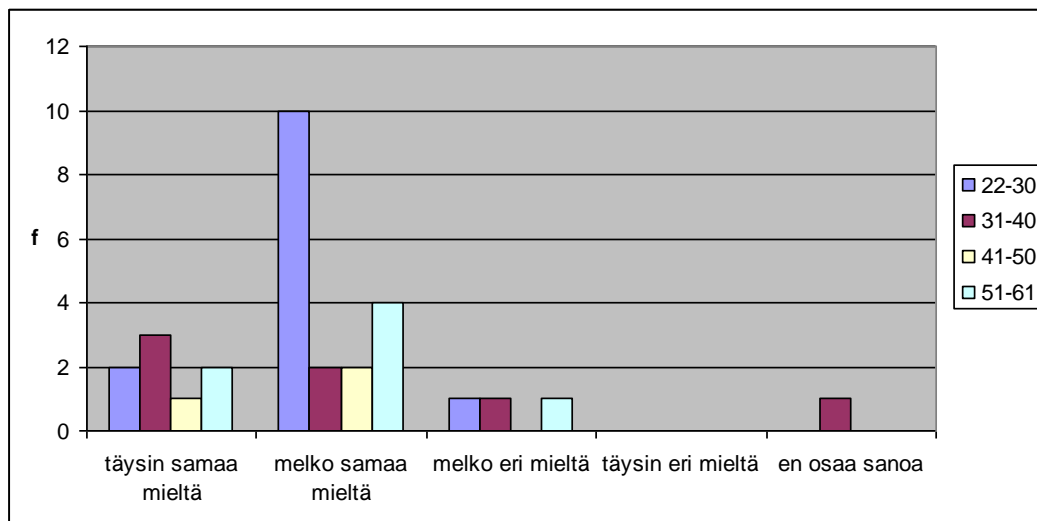
Kuvio 11. Sairaanhoitajien työskentelytarkkuuden lisääntyminen verivarotoimissa ja tartunnanehkäisyyssä ikäluokittain potilaan ollessa HIV-positiivinen (n=30)

Suurin osa kunkin ikäryhmän vastaajista oli myös täysin tai melko samaa mieltä väittämästä, jossa esitettiin hoitajien kiinnittävän erityistä huomiota itsensä suojaamiseen HIV-positiivisen potilaan leikkaustoimenpiteen aikana. Yksi 41-50-vuotiaista vastaajista oli melko eri mieltä ja yksi 51-61-vuotiaista täysin eri mieltä asiasta. (Kuvio 12.)



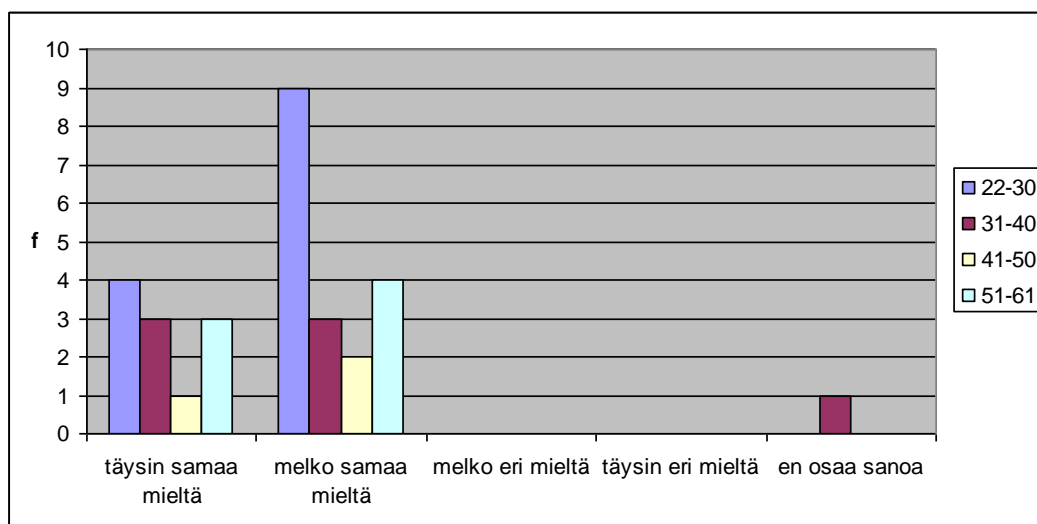
Kuvio 12. Sairaanhoitajien uskomukset ikäluokittain erityishuomion kiinnittämisestä itsensä suojaamiseen HIV-positiivisen potilaan leikkaustoimenpiteen aikana (n=30)

Tietämys verivarotoimista koettiin kussakin ikäryhmässä enimmäkseen täysin tai melko riittäväksi. Kolme vastaajista, jotka olivat joko ikäryhmästä 22-30-vuotiaat, 31-40-vuotiaat tai 51-61-vuotiaat, olivat melko eri mieltä väittämästä. Yksi 31-40-vuotiaista valitsi vastausvaihtoehdon ”en osaa sanoa”. (Kuvio 13.)



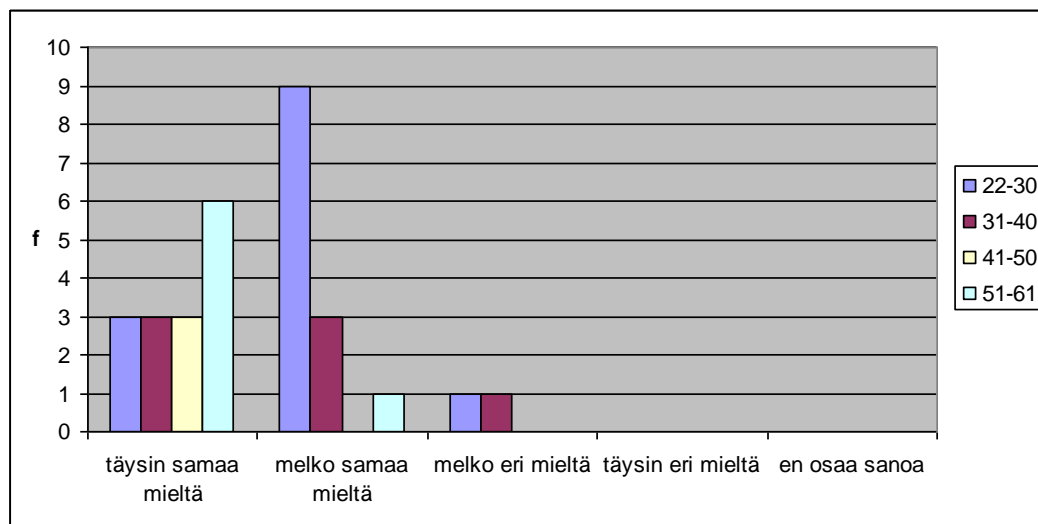
Kuvio 13. Sairaanhoitajien kokemukset ikäluokittain oman tietämyksen riittävydestä verivarotoimien suhteen, heidän kohdatessaan HIV-positiivisen potilaan (n=30)

Jokaisen ikäryhmän vastaajat olivat suurimmaksi osaksi joko täysin tai melko samaa mieltä siitä, pystyvätkö he noudattamaan verivarotoimia suunnitellusti ja oikeaoppisesti HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä. Yksi 31-40-vuotiaista valitsi vastausvaihtoehdon ”en osaa sanoa”. (Kuvio 14.)



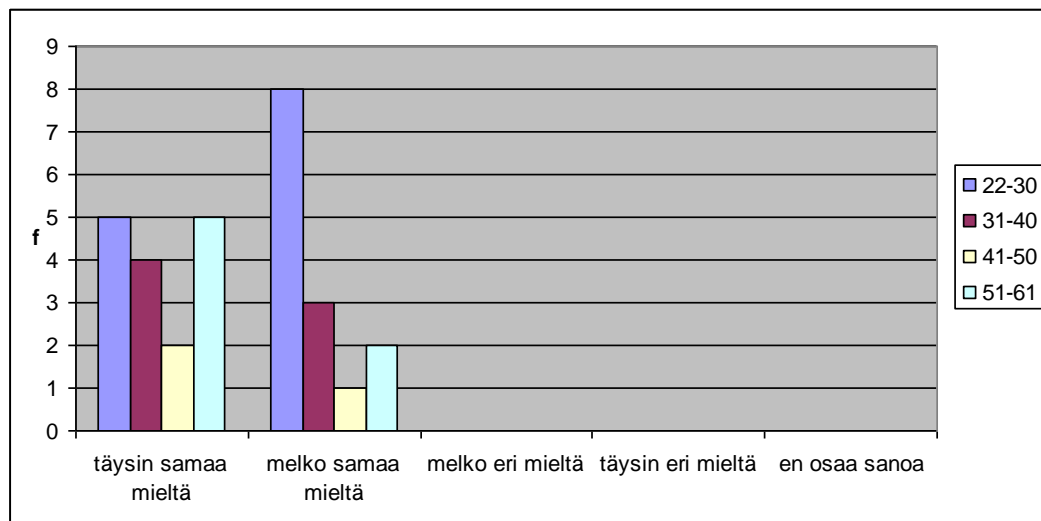
Kuvio 14. Sairaanhoitajien mielipiteet ikäluokittain siitä, pystyvätkö he noudattamaan verivarotoimia suunnitellusti ja oikeaoppisesti HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä (n=30)

Suurin osa kunkin ikäryhmän vastaajista koki myös joko täysin tai melko hyvin olevansa tietoisia siitä, mitkä kehot nesteet ja eritteet altistavat HIV-tartunnalle. Väittämästä melko eri mieltä oli yksi vastaaja ikäryhmästä 22-30-vuotiaat sekä yksi vastaaja 31-40-vuotiaista. (Kuvio 15.)



Kuvio 15. Sairaanhoitajien uskomukset ikäluokittain tietämyksestään siitä, mitkä kehon nesteet ja eritteet altistavat HIV-tartunnalle ja mitkä eivät (n=30)

Vastanneista sairaanhoitajista jokainen kustakin ikäluokasta uskoi joko täysin tai melko hyvin tietävänsä, miten tulee toimia veritapaturmatilanteen sattuessa eli mikäli altistutaan infektoituneelle verelle tai muulle tartuntaa levittävälle eritteelle (Kuvio 16).



Kuvio 16. Sairaanhoidajien tietämykset ikäluokittain siitä, miten tulee toimia veritapaturmatilanteen sattuessa (n=30)

8.6 Tärkeimpinä koetut verivarotoimenpiteet

Kyselylomakkeen ensimmäisessä avoimessa kysymyksessä vastaajia pyydettiin mainitsemaan tärkeimpinä pitämiään verivarotoimenpiteitä työskenneltäessä HIV-positiivisen potilaan kanssa. Seuraavaksi esitetään joitain lainauksia tutkittavien tyypillisistä vastauksista:

”Käytetään tuplahanskoja...”

”Suojalasit jos ’tiedossa’ veriroiskeita.”

”Käytettyjä neuloja ei takaisin suojukseen vaan suoraan jäteastiaan.”

”Instrumentit (veitset ym.) kaarimaljan kautta...”

”Huolellisuus ja tarkkuus.”

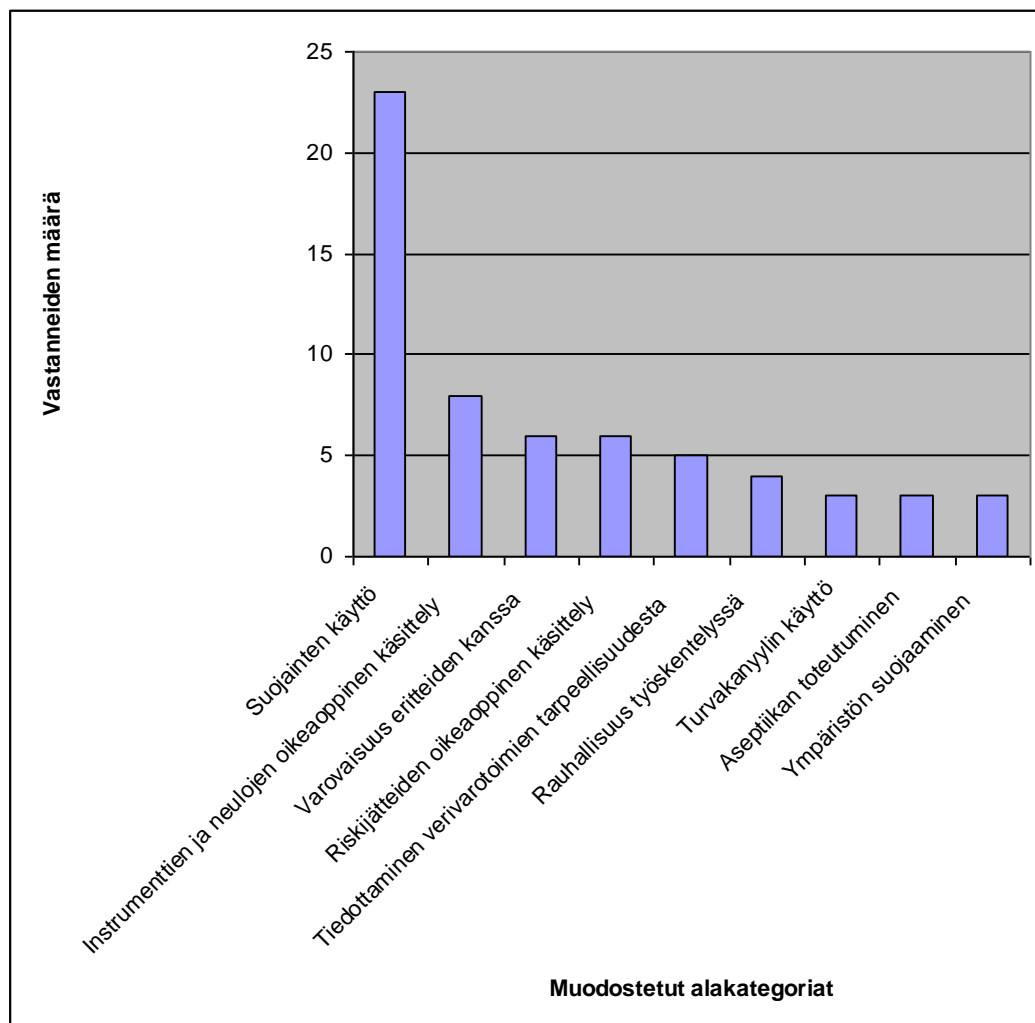
”Välitön veritahrin poistaminen esim. lattialta (klorilli) ym.”

”Veristen jätteiden oikeaoppinen hävittäminen...”

”Vårda patienten likadant som andra patienter men skyddar även mig själv och andra.”

”Raportointi tärkeää!!”

Samankaltaisten vastauksien ryhmistä muodostettiin yhdeksän alakategoriaa. (Kuvio 17, liite 3) Nämä alakategoriat olivat suojainten käyttö (f=23), instrumenttien ja neulojen oikeaoppinen käsittely (f=8), varovaisuus eritteiden kanssa (f=6), riskijätteiden oikeaoppinen käsittely (f=6), tiedottaminen verivarotoimien tarpeellisuudesta (f=5), rauhallisuus työskentelyssä (f=4), turvakanyylin käyttö (f=3), aseptiikan toteutuminen (f=3) sekä ympäristön suojaaminen (f=3). Yläkategoriana oli ”Tärkeiksi koetut verivarotoimenpiteet”.



Kuvio 17. Tutkimukseen osallistuneiden sairaanhoitajien tärkeimpinä pitämiä verivarotoimenpiteitä HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä (n=26)

8.7 Lisäperehdytyksen tarpeellisuus

Toinen avoin kysymys selvitti hoitajien mielipiteitä lisäperehdytyksen tarpeellisuudesta verivarotoimien suhteen HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä. Kaiken kaikkiaan vastaajista 84,6 % koki lisäperehdytyksen tarpeelliseksi ja 15,4 % oli sitä mieltä, ettei lisäperehdytykseen ollut tarvetta. Kysymyksessä pyydettiin myös perustelemaan annettu vastaus. Perustelemattomia vastauksia annettiin seitsemän. Niistä kaikissa kannatettiin lisäperehdytystä. Seuraavassa esitetään joitain lainauksia tutkittavien tyypillisistä vastauksista:

”Kyllä, koska ko. tapauksia tulee vastaan harvoin ja siksi olisi varmasti hyvä ainakin kerrata verivarotoimet etukäteen.”

”Mielestäni en ole saanut aiheesta perehdytystä lainkaan. Lisäkoulutus yleensäkin veriteitse tarttuvista sairauksista (SUOJAUTUMISESTA) olisi tarpeen.”

”Kyllä, uudet työntekijät ja vanhemmille muistutukseksi.”

”Kertaus on aina opintojen äiti. Aina on paikallaan että asiasta kerrattaisiin esim. osaston osastotunnilla tai aamuraportilla.”

”Lisäperehdytystä tarvitsee aina.”

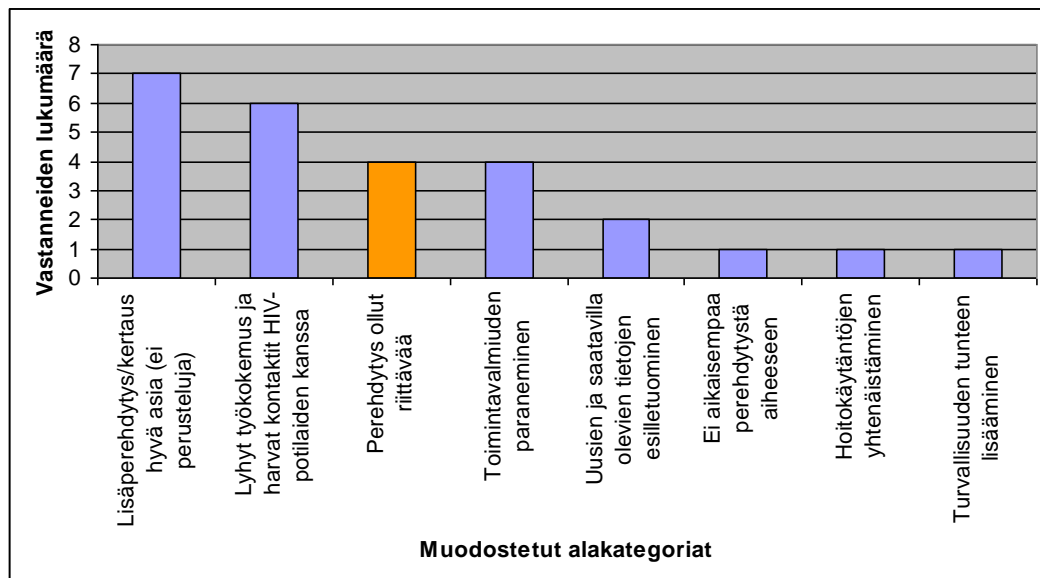
”Kyllä, se lisää varmuutta työskentelyssä kyseisen potilaan kanssa.”

”Ei, siksi että riittävän hyvin informoidaan jo näistä.”

”Nej, anser mig veta tillräckligt.”

”En. Mielestäni olen saanut riittävästi tietoa HIV:sta sairautena, kuinka se tarttuu sekä verivarotoimista...”

Vastaajien kirjoittamista perusteluista muodostettiin seitsemän alakategoriaa, joista kuudessa kannatettiin lisäperehdytystä tai kertausta ja yksi (”lisäperehdytys ollut riittävää”) viittasi lisäperehdytyksen tarpeettomuuteen. Nämä alakategoriat olivat lyhyt työkokemus ja harvat kontaktit HIV-potilaiden kanssa (f=6), perehdytys ollut riittävää (f=4), toimintavalmiuden paraneminen (f=4), uusien ja saatavilla olevien tietojen esilletuominen (f=2), ei aikaisempaa perehdytystä aiheeseen (f=1), hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen (f=1) sekä turvallisuuden tunteen lisääminen (f=1). (Kuvio 18, liite 4.) Toisen kysymyksen alakategorioista muodostui kaksi yläkategoriaa, jotka olivat ”Lisäperehdytys/kertaus tarpeellista” sekä ”Lisäperehdytykseen ei tarvetta” (Liite 4).



Kuvio 18. Tutkimukseen osallistuneiden sairaanhoitajien perusteluja verivarotoimia koskevan lisäperehdytyksen tarpeellisuudesta/tarpeettomuudesta (n=26)

9 POHDINTA

9.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimukseen vastanneilla perioperatiivisilla sairaanhoitajilla oli keskenään eriasteinen kokemuspohja HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä toimimisesta. Suurin osa sairaanhoitajista oli osallistunut HIV-positiivisen potilaan leikkaussalihoitotyöhön kerran tai useammin kuin kerran, mutta huomattava osa hoitajista ei ollut osallistunut siihen kertaakaan.

Tarkasteltaessa verivarotoimien merkitystä ilmeni, että valtaosa sairaanhoitajista ymmärsi verivarotoimien merkityksen tartunnanehkäisyyssä ja useat pitivät niitä luotettavana menetelmänä suojautua veritartunnalta. Monet kokivat verivarotoimien lisäävän turvallisuutta HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä. Kuitenkin verivarotoimista huolimatta valtaosa sairaanhoitajista koki jonkinasteista epävarmuutta tietäessään leikkauspotilaan olevan HIV-positiivinen. Myös Hirvinen ym. (2007) ovat kuvanneet, että HIV-positiivisen henkilön kohtaaminen voi olla vaikeaa ja aiheuttaa sairaanhoitajille epävarmuutta muun muassa omien ammattitaitojen suhteen. Suomessa, Virossa ja Liettuassa toteutetusta Välimäen ym. (2008) tutkimuksesta saadut tulokset osoittavat valtaosalla sairaanhoitajista olevan halukkuutta hoitaa HIV- ja AIDS-potilaita.

Tarkasteltaessa asenteita ja toimintaa verivarotoimien suhteen todettiin, että enemmistön työskentely eroaa jossain määrin tavanomaisesta intraoperatiivisesta hoitotyöstä, kun leikkauspotilas on HIV-positiivinen. Suurin osa sairaanhoitajista ilmoitti huolehtivansa verivarotoimien toteutumisesta veritartuntavaarallisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä. Myös Steinin ym. (2003) tutkimuksessa hoitajat ja lääkärit kertoivat huolehtivansa verivarotoimien toteuttamisesta kohdatessaan veriteitse tarttuvan taudin kantajan. Vaikka valtaosa tämän tutkimuksen sairaanhoitajista koki, etteivät omat asenteet vaikuttaneet HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä toimimiseen, osa koki niiden vaikuttavan. Potilaan HIV-positiivisuus näyttää tämän tutkimuksen tulosten pohjalta lisäävän sairaanhoitajien työskentelytarkkuutta verivarotoimien ja

tartunnanehkäisyn suhteen. Suurin osa uskoi myös kiinnittävänsä erityistä huomiota omaan suojautumiseen, kun kyseessä oli HIV-positiivinen potilas. Steinin ym. (2003) tutkimuksen tulokset osoittavat, että 86 % hoitajista ja 41 % lääkäreistä huomioi aina potilaan kohtaamisessa, että tämä saattaa olla veriteitse tarttuvan taudin kantaja. Anttila ym. (2008) korostavat, että verta tulee aina pitää tartuntavaarallisena ja veren tai veristen eritteiden käsittelyn tulee aina olla sellaista, ettei siitä aiheudu työntekijälle infektioriskejä.

Tiedon saaminen ja oikeiden työskentelytapojen oppiminen on tärkeää tapaturmien välttämiseksi (Heikkinen 2003). Tarkasteltaessa tutkittavien osaamisen tasoa havaittiin, että suurin osa vastanneista sairaanhoitajista koki tietämyksensä tason verivarotoimista melko tai täysin riittäväksi ja pystyi mielestään noudattamaan verivarotoimia melko suunnitellusti ja oikeaoppisesti HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä. Lähes kaikilla vastanneilla sairaanhoitajilla oli tietämystä siitä, mitkä kehon nesteet ja eritteet altistavat HIV-tartunnalle ja mitkä eivät. Tietämys siitä, miten tulee toimia veritapaturmatilanteen sattuessa, oli myös hyvää.

Eri ikäluokkiin kuuluvien vastaajien vastausjakaumat eivät juuri poikenneet koko vastaajaryhmän jakaumista. Kuitenkin selvimmin hajontaa esiintyi sellaisissa väittämässä kuin ”Työskentelyni intraoperatiivisessa hoitotyössä eroaa tavanomaisesta, kun leikkauspotilaana on HIV-positiivinen potilas.” sekä ”En usko omien asenteiden vaikuttavan toimimiseen HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä.”

Avointen kysymysten tuottaman aineiston perusteella voidaan arvioida leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitajilla olevan kokonaisuudessaan melko hyvä tietopohja erilaisista verivarotoimenpiteistä ja esimerkiksi turvakanyylin käyttö löytyi muutamien vastauksista. Useista kirjallisuudessa mainituista verivarotoimista (Kassara ym. 2005; Tenhunen 2005; Syrjälä 2005; Leelanukrom ym. 2007; Roberts ym. 2004; Anttila ym. 2005; Infektioyksikkö 2009; Saarinen 2006; Turunen 2002; Tiitinen 2007) oli mainintoja myös tutkimukseen osallistuneiden sairaanhoitajien vastauksissa. Steinin ym. (2003) tutkimustuloksista käy ilmi, että hoitajien ja lääkäreiden tiedot mahdollisuudesta

tartunnan saamiseen neulanpiston yhteydessä olivat varsin vähäisiä. Kukaan vastaajista ei osannut mainita kaikkia verivarotoimia, mikä mahdollisesti viittaa lisäperehdytyksen tarpeeseen.

Valtaosa sairaanhoitajista piti lisäperehdytystä tai kertausta verivarotoimista tarpeellisena. Nämä lisäperehdytystä puoltavat sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa verivarotoimien suhteen lisäperehdytystä lyhyiden työkokemusten, harvojen HIV-potilaskontaktien, toimintavalmiuden paranemisen, uusien ja saatavilla olevien tietojen hyödyntämisen, aikaisemman perehdytyksen puuttumisen, hoitokäytäntöjen yhtenäistämisen tai turvallisuuden tunteen lisäämisen vuoksi. Kirjallisuudessa Hirvinen ym. (2007) ovat kuvanneet, että tiedon tarve HIV-potilaan hoitotyössä tulee lisääntymään samanaikaisesti, kun HIV-tartunnat lisääntyvät. Tässä tutkimuksessa pieni osa vastanneista sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että perehdytys verivarotoimista oli ollut riittävää.

9.2 Tutkimuseettiset kysymykset

Tutkimuksen tekoon liittyy monia eettisiä kysymyksiä, jotka tutkijan on otettava huomioon. Periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan toimiminen on omakohtaisesti jokaisen tutkijan vastuulla. Eettisesti hyvän tutkimuksen velvoitteena on, että se noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi ym. 2007, 23.)

Epärehellisyyden välttäminen on olennaista tutkimustyön kaikissa vaiheissa ja tietyt periaatteet on otettava huomioon. Esimerkiksi toisten tekstiä ei voi plagioida eli esittää omanaan. Tekstiä lainattaessa on lainaus osoitettava asianmukaisin lähdemerkinnöin. Raportoinnissa tulee kiinnittää huomiota siihen, ettei se ole puutteellista eikä harhaanjohtavaa. Käytetyt menetelmät on tuotava julki. (Hirsjärvi ym. 2007, 25-26.) Tässä tutkimuksessa on pyritty rehellisyyteen ja luotettavaan raportointiin tutkimuksen kaikissa vaiheissa.

Lähtökohtana tutkimuksessa on ihmisarvon kunnioittaminen, mikä tarkoittaa muun muassa sitä, että ihmiselle annetaan mahdollisuus päättää, haluaako hän osallistua tutkimukseen (Hirsjärvi ym. 2007, 25). Tähän tutkimukseen

osallistuminen oli vapaaehtoista. Halukkailla oli mahdollisuus osallistua täyttämällä kyselylomake ja palauttamalla se osaston taukotiloissa sijaitsevaan palautuslaatikkoon. Tutkimustulosten luottamuksellisesta käsittelystä kerrottiin tutkimukseen osallistuneille kyselylomakkeiden mukana olleessa saatekirjeessä. (Liite 1) Saatekirje sisälsi myös tiedon vastausmateriaalin tuhoamisesta opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Tutkimukseen osallistujien henkilöllisyys ei tullut esille missään tutkimuksen vaiheessa. Sairaanhoidajien antamia vastauksia lainattaessa ei mainittu esimerkiksi vastaajan ikää, eikä muita tutkimuksessa kysytyjä taustatietoja.

Tutkimustuloksia ei voida yleistää kriittikittömästi, eikä niitä tule kaunistella (Hirsjärvi ym. 2007, 26). Tästä tutkimuksesta saatuja tuloksia on pyritty esittämään asianmukaisesti, yleistämättä tai kaunistelematta niitä.

9.3 Tutkimuksen luotettavuus

Siitä huolimatta, että tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, voivat tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihdella. Tästä syystä tehtyjen tutkimusten luotettavuutta tulisi pyrkiä arvioimaan. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.)

Tämän tutkimuksen reliaabeliutta eli mittaustulosten toistettavuutta ei ole tilastollisin menetelmin tutkittu, joten ei ole olemassa tarkkaa tietoa mittarin kyvystä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Validius on käsite, joka liittyy tutkimuksen arviointiin ja joka tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä halutaankin mitata. Kyselylomakkeisiin saadut vastaukset eivät aina takaa sitä, että vastaaja olisi käsittänyt kysymykset niin kuin tutkija on ne ajatellut. Näin ollen tutkimuksessa käytetyt mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija on kuvitellut tutkivansa. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.) Tämän tutkimuksen tutkimustulosten luotettavuutta lisää vastaajien nimettömyys sekä se, että jokainen vastanneista sairaanhoidajista vastasi jokaiseen strukturoituun kysymykseen. Kaikki hoitajat eivät kuitenkaan vastanneet kyselylomakkeen avoimiin kysymyksiin, mikä osaltaan heikentää luotettavuutta. Tutkimuksen tulosten luotettavuuteen saattaa vaikuttaa myös se, että kyselylomakkeet sekä saatekirje oli esitetty vain suomeksi, vaikkakin jotkut

tutkimukseen osallistuneet vastasivat ruotsiksi. On mahdollista, että joidenkin vastaajien äidinkieli ei ollut suomi ja siksi ei voida olla varmoja, ymmärrettiinkö esitetyt kysymykset samalla tavalla kaikkien vastanneiden kesken.

Tämän tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin lisäämään esitestaamalla kyselylomake ja sen ymmärrettävyys kolmella leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitajalla ennen varsinaisen tutkimuksen suorittamista. Esitestauksen ja saadun palautteen jälkeen kyselylomakkeen yhden kysymyksen sanajärjestystä muutettiin äidinkielellisesti selkeämpään muotoon, mikä paransi luotettavuutta. Avointen kysymysten tuottamien tulosten luotettavuutta parantaa se, että analyysiprosessia on kuvattu liitteissä 3 ja 4.

Tästä tutkimuksesta saatuja tuloksia ei voida yleistää, sillä vastaajat olivat vain yhden leikkaus- ja anestesiaosaston henkilökuntaa. Koska tutkimus suoritettiin kesäkuukautena, saattoi henkilökuntaa olla myös hieman tavallista vähemmän töissä.

9.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksen johtopäätöksinä voidaan todeta, että perioperatiiviset sairaanhoitajat ymmärtävät hyvin verivarotoimien merkityksen tartunnan ehkäisyssä. Verivarotoimet merkitsevät valtaosalle sairaanhoitajista luotettavaa menetelmää suojautua veritartunnalta sekä ovat turvallisuutta lisäävä tekijä HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä toimittaessa, vaikkakin useiden sairaanhoitajien keskuudessa koettiin verivarotoimista huolimatta epävarmuutta kun tiedettiin leikkauspotilaan olevan HIV-positiivinen.

Suurin osa perioperatiivisista sairaanhoitajista otti potilaan HIV-positiivisuuden huomioon työskentelyssä ja pääsääntöisesti huolehdittiin verivarotoimien toteutumisesta. Suurin osa uskoi potilaan HIV-positiivisuuden lisäävän työskentelytarkkuutta verivarotoimien ja tartunnan ehkäisyn suhteen ja valtaosa kiinnitti omaan suojautumiseensa erityistä huomiota HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä. Pääosin omien asenteiden ei uskottu vaikuttavan HIV-potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä toimimiseen.

Suurin osa perioperatiivisista sairaanhoitajista koki oman tietämyksensä verivarotoimista melko riittäväksi. Valtaosa pystyi mielestään noudattamaan verivarotoimia täysin tai melko suunnitellusti ja oikeaoppisesti. Suurin osa hoitajista uskoi olevansa tietoisia siitä, mitkä kehon nesteet ja eritteet altistavat HIV-tartunnalle ja mitkä eivät sekä uskoi tietävänsä miten veritapaturmatilanteessa tulee toimia.

Suurin osa sairaanhoitajista osasi mainita vähintään yhden tärkeänä pitämänsä verivarotoimenpiteen. Valtaosa tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista kokee tarvitsevansa verivarotoimista lisäperehdytystä. Koulutusta aiheesta voidaan suositella.

Jatkotutkimuksena voitaisiin toteuttaa samankaltainen kysely ja selvittää, millaisia vaikutuksia verivarotoimista annetulla lisäperehdytyksellä olisi tuloksiin. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia, miten veritartuntavaaralliset potilaat kokevat verivarotoimet intraoperatiivisessa hoitotyössä ja saavatko he mielestään riittävästi informaatiota suoritetuista verivarotoimista ja niiden merkityksestä.

LÄHDELUETTELO

Anttila Veli-Jukka, Hannu Timo, Hovi Tapani & Taskinen Helena 2008. Veritartuntavaara työssä. Helsinki. ArtPrint Oy.

Anttila Kyllikki, Hirvelä Mervi, Jaatinen Tiina, Polviander Marjut & Puska Eeva-Liisa 2005. 3.-4.painos. Sairaanhoito ja huolenpito. Helsinki. WSOY.

Heikkinen, Jukka 2003. Veriteitse tarttuvat taudit –jokapäiväisen työn kasvava riski. Pinsetti 3/2003, 9.

Hiltunen Erkki, Holmberg Peter, Kaikkonen Matti, Lindblom-Ylänne Sari, Nienstedt Walter & Wähälä Kristiina 2005. 6., uudistettu painos. Galenos ihmiselimityö kohtaa ympäristön. Helsinki. WSOY.

Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko & Sajavaara Paula 2004. 10. painos. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.

Hirvinen Sinikka, Korte Henna, Mäkinen Helena & Pesonen Outi 2007. Hiv-hoitotyö ajankohtaisena haasteena. Sairaanhoitaja 8/2007, 34.

Infektioyksikkö 2009. Tartuntavaara, eristäminen ja varotoimet -ohjeet. Satakunnan sairaanhoitopiiri.

Jääskeläinen, Miika 2009. Leikkausosasto 251 – TYKS Kantasairaala [online]. Turun yliopistollinen keskussairaala 11.03.2009. [viitattu 16.3.2009]. Saatavilla www-muodossa: <<http://www.tyks.fi/fi/2807/5245>>

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen Julkunen, Katri 2009. 1.painos. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.

Kassara Heidi, Paloposti Sanna, Holmia Silja, Murtonen Irja, Lipponen Varpu, Ketola Marja-Leena & Hietanen Helvi 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki. WSOY.

Korte, Henna 2008. HIV-infektio ja hoitaja. Teoksessa HIV-hoitotyön käsikirja. 2.uudistettu painos. Suomen HIV/aids-sairaanhoitajayhdistys ry, Hiv-säätiö/Aids-

tukikeskus ja HUS, HYKS, Infektiosairauksien yksikkö & Auroran sairaala, 41-46.

Koskinen Carita & Mäkinen Helena 2008. HIV-tartunnan saanut sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaana. Anestesia- ja leikkaushoito. Teoksessa Hiv-hoitotyön käsikirja. 2. uudistettu painos. Suomen HIV/aids-sairaanhoitajayhdistys ry, Hiv-säätiö/Aids-tukikeskus ja HUS, HYKS, Infektiosairauksien yksikkö & Auroran sairaala, 149-153.

Kujala Pekka, Anttila V-J. & Tikkanen S. 2005. Henkilökunnan työterveyshuolto. Teoksessa Infektioiden torjunta sairaalassa. 5. uudistettu painos. Helsinki. Suomen kuntaliitto, 630-645.

L1383/2001. Työterveyshuoltolaki. 21.12.2001.

Laine, Janne & Mikkola, Janne 2008. HIV-infektio. Duodecim 124/2008, 1099-1101.

Leelanukrom, Ruenreong & Pancharoen, Chitsanu 2007. Anesthesia in HIV-infected children. Pediatric Anesthesia 17/2007, 509–519.

Lukkari Liisa, Kinnunen Timo & Korte Ritva 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki. WSOY.

Punainen Risti 2009. Tietoa ja tukea hiv:stä ja aidsista. [viitattu 7.4.2009]. Saatavilla [www-muodossa:](http://www.muodossa.fi)
<http://www.redcross.fi/apuajatuksia/hivneuvonta/fi_FI/hiv-tietoa/?page=1>

Ristola, Matti 2005. Sairaalainfektioiden torjunta HIV-infektiossa. Teoksessa Infektioiden torjunta sairaalassa. 5. uudistettu painos. Porvoo. WS Bookwell Oy, 380-389.

Roberts Peter J., Alhava Esko, Höckerstedt Krister & Kivilaakso Eero 2004. Kirurgia. 1.painos 2004. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Saarienen, Marja-Liisa 2006. Eritys leikkaussalissa. Spirium 3/2006, 23-24.

Stein A. D, Makarawo T. P & Ahmad M.F.R 2003. A survey of doctors and nurses knowledge, attitudes and compliance with infection control guidelines in Birmingham teaching hospitals. *Journal of Hospital Infection*. Vol. 54, nro 1/2003, 68-73.

Suominen Tarja, Vänskä Maj-Lis, Välimäki Maritta, Aro Ilme, Kisper Hint Ima-Riina & Blek-Vehkaluoto Mari 2007. Hiv-tartuntojen hoitotyö edellyttää tartuntatauteja koskevaa erityisosaamista. *Sairaanhoitaja* 3/2007: 10-12.

Syrjälä, Hannu 2005. Mitä hoitoon liittyvät infektiot ovat ja voidaanko niiden esiintymiseen vaikuttaa? Teoksessa *Infektioiden torjunta sairaalassa*. 5. uudistettu painos. Helsinki. Suomen kuntaliitto, 19- 34.

Tiitinen, Tiina 2007. Käsinevalinta toimenpiteissä. *Suomen sairaalahygienialehti* 3/2007, 149-152.

Tenhunen, Erja 2005. Eritetahradesinfektion tehostaminen leikkausosaston hoitotyössä. *Suomen sairaalahygienialehti* 23/2005, 7-15.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Tammi.

Turunen, Päivi 2002. Toiminta eristystä vaativissa leikkauksissa. *Spirium* 4/2002, 15.

Valkonen (ent. Ventomäki), Sanna 2008. Hiv-infektio. Teoksessa: *Hiv-hoitotyön käsikirja*. 2. uudistettu painos. Suomen HIV/aids-sairaanhoitajayhdistys ry, Hiv-säätiö/Aids-tukikeskus ja HUS, HYKS, Infektiosairauksien yksikkö, Auran sairaala sekä kirjoittajat, 16-23.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin sairaalahygienia 2007. Verivarotoimet [online]. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ohjepankki. Sisältö tarkistettu lokakuussa 2007 [viitattu 14.3.2009]. Saatavilla [www-muodossa: <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/3000/10037>](http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/3000/10037)

Vilkka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki. Tammi.

Virtanen, Timo 2007. Nykyaikainen anestesia on turvallista. Anestesiologian erikoislääkäri 1/2007. Porin lääkäritalo. [viitattu 24.8.2009]. Saatavilla [www-](http://www.muodossa:)
[muodossa:](http://www.muodossa:)

<[http://www.tyoterveys.fi/default.asp?id=142445&artikkeli=7C7F2F99-](http://www.tyoterveys.fi/default.asp?id=142445&artikkeli=7C7F2F99-24B64FD5AF86-40D0AAE3AF73&Method=Artikkeli&Hakusana=>)
[24B64FD5AF86-40D0AAE3AF73&Method=Artikkeli&Hakusana=>](http://www.tyoterveys.fi/default.asp?id=142445&artikkeli=7C7F2F99-24B64FD5AF86-40D0AAE3AF73&Method=Artikkeli&Hakusana=>)

Välimäki Maritta, Makkonen Pekka, Blek-Vehkaluoto Mari, Mockiene Vida, Istomina Natalja, Raid Ulla, Vänskä Maj-Lis & Suominen Tarja 2008. Willingness to care for patients with hiv/aids. Nursing ethics. Vol. 15, nro 5, 586-600.

LIITE 1

HYVÄ SAIRAANHOITAJA

Olen sairaanhoitajaopiskelija Vaasan ammattikorkeakoulusta. Tarkoitukseni on valmistua perioperatiiviseksi sairaanhoitajaksi joulukuussa 2009.

Toivoisin Teidän vastaavan opinnäytetyötutkimuskyselyyni, joka käsittelee verivarotoimien merkitystä HIV-positiivisen potilaan kohtaamisessa hoitotyön intraoperatiivisessa vaiheessa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaisena perioperatiiviset sairaanhoitajat kokevat verivarotoimia koskevan tietämyksen pohjalta HIV-positiivisen potilaan kohtaamisen intraoperatiivisessa hoitotyössä, miten verivarotoimet ohjaavat asennoitumista ja toimintaa HIV-potilaan leikkaushoitotyössä, millaiseksi osaamisen taso verivarotoimien suhteen koetaan sekä ilmeneekö verivarotoimien suhteen lisäperehdytyksen tarvetta.

Tutkimuskyselylomake sisältää monivalintakysymysten lisäksi kaksi avointa kysymystä. Kysely on määrä suorittaa 15.6. - 29.6.2009 välisenä aikana. Kyselylomakkeiden lisäksi toimitan osastolle tutkimusaineiston keräämistä varten palautuslaatikon, jonka noudan osastolta vastausajan päätyttyä.

Tutkimustulokset tulen käsittelemään luottamuksellisesti, eikä kyselyyn vastanneiden henkilöllisyys tule esille tutkimuksen missään vaiheessa. Tutkimuksen vastausmateriaali tuhoetaan polttamalla opinnäytetyön valmistuttua. Valmiista opinnäytetyöstä tulen toimittamaan yhden kopion osastonne käyttöön.

Ystävällisesti yhteistyöstänne kiittäen

Taru Korpi

e0500712@puv.fi

Tutkimuskysely

Toivon Teidän ystävällisesti vastaavan seuraaviin opinnäytetyöhöni liittyviin tutkimuskysymyksiin, jotka käsittelevät verivarotoimien merkitystä HIV-positiivisen potilaan kohtaamisessa hoitotyön intraoperatiivisessa vaiheessa. Tutkimustulokset käsitellään täysin luottamuksellisesti ja niiden käsittelyn kannalta olisi tärkeää, että vastaisitte huolellisesti jokaiseen kysymykseen.

Taustatietoja

1. Ikänne _____

Valitkaa seuraavissa kohdissa itseänne koskeva vaihtoehto.

2. Kummallako puolella leikkaussalissa työskentelette?

a) instrumenttipuolella

b) anestesiapuolella

3. Kuinka useasti olette olleet mukana HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä?

1 en kertaakaan

2 kerran

3 useammin kuin kerran

0 en osaa sanoa

4. Verivarotoimien merkitys HIV-potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä

Asteikko: 1= täysin samaa mieltä, 2= melko samaa mieltä, 3= melko eri mieltä, 4= täysin eri mieltä, 0= en osaa sanoa. Rastittakaa seuraavissa väittämissä mielipidettänne kuvaava vaihtoehto.

VÄITTÄMÄT	1	2	3	4	0
Ymmärrän verivarotoimien merkityksen veritartuntojen ehkäisemisessä.	1	2	3	4	0
Verivarotoimet ovat mielestäni luotettava menetelmä suojautua veritartunnalta.	1	2	3	4	0
Koen verivarotoimien lisäävän turvallisuuttani kohdatessani hiv-positiivisen potilaan.	1	2	3	4	0
Tunnen verivarotoimista huolimatta epävarmuutta tietäessäni leikkauspotilaan olevan HIV-positiivinen.	1	2	3	4	0

5. Asenteet ja toiminta verivarotoimien suhteen

Asteikko: 1= täysin samaa mieltä, 2= melko samaa mieltä, 3= melko eri mieltä, 4= täysin eri mieltä, 0= en osaa sanoa. Rastittakaa seuraavissa väittämissä mielipidettänne kuvaava vaihtoehto.

VÄITTÄMÄT	1	2	3	4	0
Työskentelyni intraoperatiivisessa hoitotyössä eroaa tavanomaisesta, kun leikkauspotilaana on HIV-positiivinen potilas.	1	2	3	4	0
Huolehdin verivarotoimien toteutumisesta aina kohdatessani veritartuntavaarallisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä.	1	2	3	4	0
En usko omien asenteideni vaikuttavan toimimiseen HIV-potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä.	1	2	3	4	0
Potilaan HIV-positiivisuus lisää työskentelytarkkuuttani verivarotoimissa ja tartunnanehkäisyyssä.	1	2	3	4	0
Uskon kiinnittäväni erityistä huomiota itseni suojaamiseen HIV-positiivisen potilaan leikkaustoimenpiteen aikana.	1	2	3	4	0

6. Osaamisen taso verivarotoimitilanteissa

Asteikko: 1= täysin samaa mieltä, 2= melko samaa mieltä, 3= melko eri mieltä, 4= täysin eri mieltä, 0= en osaa sanoa. Rastittakaa seuraavissa väittämässä mielipidettänne kuvaava vaihtoehto.

VÄITTÄMÄT	1	2	3	4	0
Koen oman tietämyksesi verivarotoimista riittäväksi kohdatessani HIV-positiivisen potilaan.	1	2	3	4	0
Pystyn mielestäsi noudattamaan verivarotoimia suunnitellusti ja oikeaoppisesti HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä.	1	2	3	4	0
Uskon olevani tietoinen siitä, mitkä kehon nesteet ja eritteet altistavat HIV-tartunnalle ja mitkä eivät.	1	2	3	4	0
Tiedän miten tulee toimia veritapaturmatilanteen sattuessa eli mikäli altistutaan infektoituneelle verelle tai muulle tartuntaa levittävälle eritteelle.	1	2	3	4	0

7. Mainitkaa mielestänne tärkeimpiä verivarotoimenpiteitä, kun työskennellään HIV-positiivisen potilaan kanssa?

8. Kokisitteko lisäperehdytyksen verivarotoimista tarpeelliseksi kohdatessanne HIV-positiivisen potilaan intraoperatiivisessa hoitotyössä?
Perustelkaa vastauksenne.

KIITOS OSALLISTUMISESTANNE!

Taulukko 1 Tärkeimpiä verivarotoimenpiteitä hoitajien näkökulmasta

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
”Käytetään tuplahanskoja. Suojalasit.” ”Duppla handskar, ögomskydd” ”Tuplahanskat, suojaatteet, silmien suojaus” ”Andända dubbla handskar, skyddsglasögon” ”Oma suojautuminen (tuplahanskat, visiiri ym)” ”Tuplahanskat (halutessa myös turvahanskat)” ”Hanskat käteen oltaessa tekemisissä veren tai eritteiden kanssa” ”Suojalasit, tuplahanskat.” ”Suojaatetus...” ”Suojakäsineet (läpäisemättömät) + suojalasit (jos tiedossa veriroiskeita)” ”Suojakäsineet” ”Tuplahanskat...” ”Suojahanskat, visiirimaski, suojaatetus...” ”Suojaus (etenkin kasvot ja kädet)” ”Käytetään	Suojainten käyttö	

LIITE 3

<p>kaksoiskäsineitä ja suojalaseja leikkauksissa. Turvaneulat.”</p> <p>”Itsensä suojaaminen...”</p> <p>”Suojaus...”</p> <p>”Suojakäsineiden ym suojavarusteiden käyttö”</p> <p>”Skyddshandskar...”</p> <p>“Suojaautuminen asiallisesti -> hanskat, silmäsuoja.”</p> <p>”Itsensä suojaus...”</p> <p>”Suojavaatteiden käyttö (maski, takki, esiliina, hanskat..)”</p> <p>”Vårda patsenten likadant som andra patsenter men skyddar även mig själv...”</p>		
<p>”Ympäristön suojaus, kosketustartunta käytäntö...”</p> <p>”Ympäristön ja muun henkilökunnan suojaus...”</p> <p>”Skyddar andra.”</p>	Ympäristön suojaaminen	
<p>”Turvakanyylin käyttö...”</p> <p>”Käytetään esim. turvakanyyliä yms...”</p> <p>”Safe pro iv-kanyler...”</p>	Turvakanyylien käyttö	
<p>“Strävar efter att jobba lika aseptiskt i alla operationer.”</p> <p>”Aseptiikka...”</p> <p>”Kaikkien potilaiden hoidossa on toimittava samalla tavalla, koska ei</p>	Aseptiikan toteutuminen	

LIITE 3

<p>voi aina tietää onko kyseinen potilas saanut tartunnan.”</p>		
<p>”Erityinen varovaisuus neulojen kanssa...”</p> <p>“Instrumentit (veitset ym) kaarimaljan kautta -> erityinen huolellisuus.”</p> <p>”Neulat omaan roskikseen...”</p> <p>”Instrumentteja ei anneta kädestä käteen, vaan esim. kaarimaljan kautta.”</p> <p>”Käytettyjen neulojen, instrumenttien oikeaoppinen pesu ja käsittely.”</p> <p>”Varovaisuus terävien instrumenttien kanssa -> kertakäyttö -> heti pois.”</p> <p>”Terävät instrumentit annetaan pöydän tai tarjottimen kautta.”</p> <p>”Käytettyjä neuloja ei takaisin suojukseen vaan suoraan jäteastiaan.”</p>	<p>Instrumenttien ja neulojen oikeaoppinen käsittely</p>	
<p>”Varotaan eritteitä...”</p> <p>”Välttää potilaan veren pääsyä kontaktiin oman veren kanssa (esim. haavoja, haavaumia, ihorikkoja käsissä tms.), sekä limakalvokontaktia potilaan veren kanssa, esim. silmien, suun tai nenän kautta...”</p> <p>”Välitön veritahran poistaminen, esim. lattialta (klorilli) ym.”</p>	<p>Varovaisuus eritteiden kanssa</p>	

LIITE 3

<p>”Ej ’klotta’ blod överallt.”</p> <p>”Ei suoraa ihokontaktia: veri, muut kehon nesteet.”</p> <p>”Veriroiskeet lattialta heti pois.”</p>		
<p>”Allt vått/blodigt sekret i skild påse som sluts ordentligt.”</p> <p>”Erityisjäte...”</p> <p>”Riskijätteen käyttö...”</p> <p>”Jätteet omaan pussiin...”</p> <p>”Veristen jätteiden oikeaoppinen hävittäminen...”</p> <p>”Oikea jätteiden käsittely...”</p>	<p>Riskijätteiden oikeaoppinen käsittely</p>	
<p>“Info om HIV + till alla skötare i kontakt med pat.”</p> <p>”Että siitä ilmoitetaan heti pot. tavattaessa.”</p> <p>”Meddelar andra äver HIV smittan som finns i salen.”</p> <p>“Raportointi...”</p> <p>”Raportointi tärkeää! (heräämön ja leikkaussalin välillä)”</p>	<p>Tiedottaminen verivarotoimien tarpeellisuudesta</p>	
<p>”Huolellisuus ja tarkkuus, ei kiirehditä...”</p> <p>”Työskentely rauhallista ja siistiä (tuffereita ei heitellä jne)”</p> <p>”Rauhallinen työskentely...”</p> <p>”Snyggt arbetssätt...”</p>	<p>Rauhallisuus työskentelyssä</p>	

Taulukko 2 Lisäperehdytyksen tarpeellisuus verivarotoimista

<p>”Lisäperehdytystä tarvitsee aina.”</p> <p>”Kertaus ja lisäperehdytys aina tarpeen.”</p> <p>”Lisäperehdytys aina paikallaan.”</p> <p>”Kyllä varmasti olisi paikallaan lisäperehdytys ja/tai lähinnä kertaus mielessä...”</p> <p>”Olisihan se mukavaa kertausta...”</p> <p>”Ainahan kertaus on hyvää.”</p> <p>”Kertaus on aina opintojen äiti. Aina on paikallaan että asiasta kerrattaisiin esim. osastotunnilla tai aamuraportilla.”</p>	<p>Lisäperehdytys/kertaus hyvä asia</p>	<p>Lisäperehdytys/kertaus tarpeellista</p>
<p>”Mielestäni en ole saanut aiheesta perehdytystä lainkaan. Lisäkoulutus yleensäkin veriteitse tarttuvista sairauksista (SUOJAUTUMISESTA) olisi tarpeen.”</p>	<p>Ei aikaisempaa perehdytystä aiheeseen</p>	
<p>”Ja, har inte så lång erfarenhet av arbetslivet ännu...”</p> <p>”JO, sällan man kommer i kontakt med HIV positiv.”</p> <p>”Kyllä, koska ko. tapauksia tulee vastaan harvoin ja siksi olisi varmasti hyvä ainakin kerrata verivarotoimet etukäteen.”</p> <p>Ko. tapauksia ei</p>	<p>Lyhyt työkokemus ja harvat kontaktit HIV-potilaiden kanssa</p>	

LIITE 4

<p>kuitenkaan päivittäin -> unohtuu herkästi.”</p> <p>”Kyllä, uudet työntekijät + vanhemmille muistutukseksi”</p> <p>“Haluaisin lisäperehdytystä, HIV-positiivisia potilaita on niin harvoin, että aina olisi lisäkertaus tarpeellinen.”</p>		
<p>”On tarpeellista koska kertaus on aina paikallaan. Vähentää väärinkäsityksiä, toimintavalmius paranee.”</p> <p>”Voisi olla esim. jos pistää vahingossa itseään ja tiedetään että potilaalla on HIV, niin mitä sitten tehdään yms.”</p> <p>”Kyllä, se lisää varmuutta työskentelyssä kyseisen potilaan kanssa...”</p> <p>”Jatkuva koulutus + perehdytys on vain hyväksi. Ei turru siihen, että kyllä muistaa. AINA pitää varautua siihen, että potilaalla saattaa olla HIV tai muu veriteitse tarttuva tauti.”</p>	<p>Toimintavalmiuden paraneminen</p>	
<p>”Kaikissa eristyksissä lisäperehdytys/kertaus tarpeen, sillä hlökunnalla ei aina yhtenäisiä käytäntöjä”</p>	<p>Hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen</p>	
<p>”Lisäperehdytys olisi tarpeellista päivittääkseni tietoni ja taitoni ja turvallisuudentunteen lisäämiseksi.”</p>	<p>Turvallisuuden tunteen lisääntyminen</p>	
<p>”Jos uusia tietoja, niin koulutus on aina hyvä!”</p>	<p>Uusien ja saatavilla olevien tietojen esilletuominen</p>	

LIITE 4

”All tilläggs information som kan fås är positivt tillägg”		
<p>”Ei, siksi että riittävän hyvin informoidaan jo näistä.”</p> <p>”En. Mielestäni olen saanut riittävästi tietoa HIV:sta sairautena, kuinka se tarttuu jne. sekä verovarotoimista.”</p> <p>”Nej, anser mig veta tillräckligt.”</p> <p>”Koen tietäväni oleelliset asiat.”</p>	Perehdytys ollut riittävää	Lisäperehdytykseen ei tarvetta